Deutscher Bundestag **Drucksache 18/6586**

18. Wahlperiode 04.11.2015

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksache 18/5372 –

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 18/5867 –

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Dr. Dietmar Bartsch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/5369 –

Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/5381 –

Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen

A. Problem

Zu Buchstabe a und b

Die Krankenhäuser bilden nach Ansicht der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD und der Bundesregierung einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patienten in Deutschland. Sie bieten mit über einer Million Beschäftigten eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Medizin. Um vor dem Hintergrund der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinischen und technischen Fortschritts eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen, müssen nach dem Willen der beiden Fraktionen sowie der Bundesregierung die Rahmenbedingungen weiterentwickelt und die notwendigen Umstrukturierungsprozesse unterstützt werden. Mit dem Gesetzentwurf sollen Eckpunkte umgesetzt werden, die eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Dezember 2014 beschlossen hatte. Bund und Länder wollen demnach die qualitativen Standards weiterentwickeln und die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser nachhaltig sichern. Sie wollen die notwendigen Weiterentwicklungen der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge gemeinsam betreiben.

Zu Buchstabe c

In den deutschen Krankenhäusern müssen immer weniger Pflegekräfte immer mehr Patientinnen und Patienten versorgen. Massiver Personalmangel gefährdet die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und die körperliche und seelische Gesundheit der Pflegekräfte, so die Antragsteller. Diese Entwicklung sei die Folge eines seit ca. zwei Jahrzehnten anhaltenden wirtschaftlichen Drucks auf Krankenhäuser. Zwischen der Qualität der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und der Qualität der Patientenversorgung bestehe ein enger Zusammenhang, heißt es weiter. Da die Krankenhäuser untereinander in einem Wettbewerb stehen, sehen die Antragsteller als einziges wirksames Mittel gegen den Pflegenotstand die Einführung einer bundesweiten gesetzlichen Personalbemessung in der Krankenhauspflege.

Zu Buchstabe d

Der demografische Wandel stellt für die Krankenhausversorgung nach Ansicht der Antragsteller eine große Herausforderung dar. Die Krankenhäuser, die eine zentrale Bedeutung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge haben, müssen sich auf eine zunehmende Zahl älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie eine größere Anzahl von Demenzkranken einstellen. Es sei allerdings unübersehbar, dass es durch den Personalabbau der letzten Jahre massive Probleme gibt. Zudem treten immer häufiger Abstimmungsprobleme zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf und die Zahl der Krankenhausinfektionen ist aufgrund der steigenden Anzahl multiresistenter Keime auf einem hohen Niveau.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5372 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Einvernehmliche Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5867.

Zu Buchstabe c

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5369 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5381 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5372.

Zu Buchstabe b

Annahme oder Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5867.

Zu Buchstabe c

Annahme des Antrags auf Drucksache 18/5369.

Zu Buchstabe d

Annahme des Antrags auf Drucksache 18/5381.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a und b

1) Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Einrichtung eines Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser und zum Abbau von Überkapazitäten wird ab dem Jahr 2016 ein Finanzvolumen von bis zu 1 Milliarde Euro bereitgestellt, das zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist. Durch die mit dem Strukturfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist in der Folge von einer nicht näher quantifizierbaren Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich geschätzte Mehrausgaben von 4 Millionen Euro im Jahr 2016, 8 Millionen Euro im Jahr 2017, 11 Millionen Euro im Jahr 2018, 12 Millionen Euro im Jahr 2019 und 13 Millionen Euro im Jahr 2020.

2) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) voraussichtlich im Jahr 2016 mit rund 0,5 Milliarden Euro belastet, 2017 mit rund 0,9 Milliarden Euro, 2018 mit rund 1,2 Milliarden Euro, 2019 mit rund 1,3 Milliarden Euro und 2020 mit rund 1,4 Milliarden Euro. Davon werden die dem Strukturfonds insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 0,5 Milliarden Euro – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufgebracht. Den Mehrausgaben stehen erhebliche Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe gegenüber, die durch Struktureffekte wie z. B. die neuen Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätsorientierung, die zielgenauere Ausgestaltung der Mengensteuerung oder den Strukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Zu Buchstabe c und d

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a und b

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Zu Buchstabe c und d

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a und b

Für die Wirtschaft entsteht im Jahr 2016 ein quantifizierbarer Erfüllungsaufwand von rund 4,3 Millionen Euro und in den Jahren 2017 und 2018 von rund 4,2 Millionen Euro jährlich. Die Höhe des in den Jahren ab 2019 entstehenden Erfüllungsaufwands lässt sich nicht solide schätzen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Neue Informationspflichten führen von 2016 bis 2018 zu quantifizierbaren Bürokratiekosten von rund 2,25 Millionen Euro jährlich. Die Bürokratiekosten sind im dargestellten Erfüllungsaufwand enthalten.

Zu Buchstabe c und d

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a und b

Für die Verwaltung liegt der gesamte quantifizierbare Erfüllungsaufwand im Jahr 2015 bei rund 4 000 Euro, 2016 bei rund 610 000 Euro, 2017 bei rund 500 000 Euro sowie 2018 bei rund 400 000 Euro.

Zu Buchstabe c und d

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a und b

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich auf ca. 30 Millionen Euro im Jahr 2016, ca. 60 Millionen Euro im Jahr 2017, ca. 80 Millionen Euro im Jahr 2018, ca. 90 Millionen Euro im Jahr 2019 und ca. 100 Millionen Euro im Jahr 2020. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht näher quantifizierbare erhebliche Einsparpotenziale gegenüber.

Zu Buchstabe c und d

Die weiteren Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären;

c) den Antrag auf Drucksache 18/5369 abzulehnen;

d) den Antrag auf Drucksache 18/5381 abzulehnen.

Berlin, den 4. November 2015

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Marina Kermer
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Dr. Harald Terpe
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
– Drucksachen 18/5372, 18/5867 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung	**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung**
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)	**(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**
Vom …	Vom …
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort „eine“ die Wörter „qualitativ hochwertige, patienten- und“ und nach dem Wort „leistungsfähigen,“ die Wörter „qualitativ hochwertig und“ eingefügt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. Nach § 6 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	2. u n v e r ä n d e r t
„(1a) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Bestandteil des Krankenhausplanes. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 8 wird wie folgt geändert:	3. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a bis 1c eingefügt:	a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a bis 1c eingefügt:
„(1a) Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.	u n v e r ä n d e r t
(1b) Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die *wiederholt* Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes *vereinbart* wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.	(1b) Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die **in höchstens drei aufeinander folgenden Jahren** Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes **erhoben** wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.
(1c) *Die Absätze 1a und 1b finden keine Anwendung, sofern* die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind.“	(1c) **Soweit** die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind**, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben**.“
b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 10 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser, die Entgelte nach § 17b erhalten, sowie für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Absatz 1 Satz 1 wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht.“	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ gestrichen.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Die Angabe „Abs.“ wird durch das Wort „Absatz“ ersetzt.	
bbb) Die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ werden gestrichen.	
ccc) Nach dem Wort „sachgerechten“ werden die Wörter „und repräsentativen“ eingefügt.	
ddd) Vor dem Punkt am Ende wird ein Semikolon und werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 und Absatz 7 Satz 6 ist entsprechend anzuwenden“ eingefügt.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2010“ und die Wörter „bis zum 31. Dezember 2012“ gestrichen.	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
5. *Nach § 11 werden die folgenden* §§ 12 bis *14 eingefügt*:	5. **Die** §§ 12 bis **15 werden wie folgt gefasst**:
„§ 12	„§ 12
Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen	Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen
(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz *5* und nach § 14 Satz *3*, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind.	(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz **6** und nach § 14 Satz **4**, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind. **Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 3 aufgenommen worden sind.**
(2) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 1 ist, dass	(2) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 1 ist, dass
1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat,	1. u n v e r ä n d e r t
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,	2. u n v e r ä n d e r t
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,	3. das antragstellende Land sich verpflichtet,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und	a) in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel **abzüglich der auf diesen Zeitraum entfallenden durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes oder den im Haushaltsplan des Jahres 2015 für die Investitionsförderung der Krankenhäuser ausgewiesenen Haushaltsmitteln** entspricht, und
b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und	b) u n v e r ä n d e r t
4. die in Absatz 3 genannten Kriterien erfüllt sind.	4. u n v e r ä n d e r t
Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2016 bis 2018 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.	Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2016 bis 2018 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. **Mittel aus dem Strukturfonds zur Förderung der Schließung eines Krankenhauses dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist; für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rück-zahlung das antragstellende Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend.** Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu**, bis der in Absatz 1 Satz 1 genannte Betrag abzüglich der Aufwendungen nach Satz 6 und nach § 14 Satz 3 ausgeschöpft ist**. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendi-

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	gen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.
(3) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere das Nähere	u n v e r ä n d e r t
1. zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,	
2. zur Verteilung der nicht ausgeschöpften Mittel nach Absatz 1 Satz 5,	
3. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1,	
4. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.	
§ 13	§ 13
Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	u n v e r ä n d e r t
Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesversicherungsamt gestellt werden soll. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.	
§ 14	§ 14
Auswertung der Wirkungen der Förderung	Auswertung der Wirkungen der Förderung
Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm oder der beauftragten Stelle von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, erstmals zum 31. Juli 2017	Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm oder der beauftragten Stelle von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, erstmals zum

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
vorzulegen. Die Aufwendungen für die Auswertung werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Auf der Grundlage der Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vor. “	31. Juli 2017 vorzulegen. Die Aufwendungen für die Auswertung werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Auf der Grundlage der Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vor**.**
	§ 15
	Beteiligung an Schließungskosten
	Die Vertragsparteien nach § 18 können vereinbaren, dass sich die in § 18 Absatz 2 genannten Sozialleistungsträger an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses beteiligen. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung können sich an der Vereinbarung beteiligen. Hierbei ist zu berücksichtigen, ob und in-wieweit die Schließung bereits nach den §§ 12 bis 14 gefördert wird. Eine Vereinbarung nach Satz 1 darf nicht geschlossen werden, wenn der Krankenhausträger auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist, die für dieses Krankenhaus gewährt worden sind.“
6. In § 17a Absatz 3 Satz 10 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a Nummer 6“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t
7. § 17b wird wie folgt geändert:	7. § 17b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:
„(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen	„(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, *ist* dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.	wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; **unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist** bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. **Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.**
(1a) Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für	(1a) Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für
1. die Notfallversorgung,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,	4. u n v e r ä n d e r t
5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien *oder Beschlüssen* des Gemeinsamen Bundesausschusses,	5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
6. die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen,	6. u n v e r ä n d e r t
7. die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung sowie für	7. u n v e r ä n d e r t
8. den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6.“	8. u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „1 und 3“ durch die Angabe „1, 1a und 3“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 2 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2001“ durch das Wort „die“ und die Wörter „Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1a“ ersetzt.	
bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:	
„Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert.“	
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Auf der Grundlage eines vom DRG-Institut zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3 und deren Weiterentwicklung. Als Bestandteil des Konzepts haben die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen zu seiner Umsetzung zu vereinbaren; dabei können sie insbesondere bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und Maßnahmen ergreifen, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und um die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können.“	
d) Absatz 4 wird aufgehoben.	d) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:	e) u n v e r ä n d e r t
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „1 und 3“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.	
bb) In Nummer 1 werden die Wörter „zum 1. Januar 2003 einzuführenden“ gestrichen.	
f) Absatz 6 wird aufgehoben.	f) u n v e r ä n d e r t
g) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	g) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „Satz 14 und 15“ durch die Wörter „Satz 9 und 10“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“	
h) Absatz 8 Satz 5 wird aufgehoben.	h) u n v e r ä n d e r t
i) Absatz 9 wird aufgehoben.	i) u n v e r ä n d e r t
j) In Absatz 10 Satz 1 wird die Angabe „Satz 16“ durch die Angabe „Satz 11“ ersetzt.	j) u n v e r ä n d e r t
8. § 17c wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 31. März 2014“ gestrichen.	
b) In Absatz 3 Satz 7 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2013“ gestrichen.	
c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	
„(4) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung der Schlichtungsperson findet nur statt,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wenn geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.“	
d) Absatz 4a wird aufgehoben.	
e) Absatz 4b wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „und Absatz 4a Satz 5“ und die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ gestrichen.	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
9. § 17d wird wie folgt geändert:	9. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert; § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 ist entsprechend anzuwenden.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 4 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 für einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 und Regelungen“ durch die Angabe „§ 17b Absatz 1a“ ersetzt und werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 15 und 16“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1 Satz 10 und 11“ ersetzt.	
bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a Nummer 6“ ersetzt.	
c) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:	
„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 7 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In der Inhaltsübersicht werden in der Angabe zu § 4 die Wörter „ab dem Jahr 2009“ gestrichen.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	2. u n v e r ä n d e r t
„3. Krankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, soweit im Krankenhausfinanzierungsgesetz oder in der Bundespflegesatzverordnung nichts Abweichendes bestimmt wird.“	
3. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 2 Nummer 6 werden die Wörter „§ 39 Absatz 1 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 39 Absatz 1a“ ersetzt.	
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“	
4. § 4 wird wie folgt geändert:	4. § 4 wird wie folgt geändert:
a) In der Überschrift werden die Wörter „ab dem Jahr 2009“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 7 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1, nicht die Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 8 werden die Wörter „2014 und die Folgejahre“ durch die Angabe „2014, 2015 und 2016“ ersetzt.	
bb) In Satz 10 wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.	
d) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:	d) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:
„(2b) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden. Ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde.	„(2b) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden. Ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde.
Zusätzliche Leistungen, die die Anforderungen des Ausnahmenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 erfüllen, und zusätzliche Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde, sind nicht in die Grundlage zur Bemessung des Abschlags einzubeziehen.	**Der Abschlag gilt**
	1. nicht bei
	a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen,
	b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand,
	d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie
	e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde,
	2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.
Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. *Für die Ermittlung des Abschlags sind neben den nach Satz 1 zusätzlich vereinbarten Leistungen auch die gegenüber Vorjahren, die nach dem Jahr 2016 liegen, eingetretenen Veränderungen* der *abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einzubeziehen, soweit dies unter Berücksichtigung der* maßgeblichen Abschlagsdauer *erforderlich* ist. Sofern für zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Leistungen für die Jahre 2015 oder 2016 nach Absatz 2a Satz 8 noch ein Mehrleistungsabschlag in den Jahren 2017 und 2018 zu erheben ist, ist das maßgebliche Abschlagsvolumen erhöhend bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag nach Satz 5 umzusetzen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind darüber hinaus die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden.“	Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. **Ein während** der maßgeblichen Abschlagsdauer **vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen** ist **bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen**. Sofern für zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Leistungen für die Jahre 2015 oder 2016 nach Absatz 2a Satz 8 noch ein Mehrleistungsabschlag in den Jahren 2017 und 2018 zu erheben ist, ist das maßgebliche Abschlagsvolumen erhöhend bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag nach Satz 5 umzusetzen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind darüber hinaus die Vorgaben,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden.“
e) In Absatz 3 Satz 7 werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5“ ersetzt.	e) u n v e r ä n d e r t
	e1) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach dem Wort „einreisen,“ werden die Wörter „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt.
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Das Verlangen kann für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden.“
f) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a Nummer 1“ ersetzt.	f) u n v e r ä n d e r t
g) Die Absätze 8 und 9 werden aufgehoben.	g) u n v e r ä n d e r t
h) Die bisherigen Absätze 10 und 11 werden die Absätze 8 und 9.	h) u n v e r ä n d e r t
i) Der neue Absatz 8 wird wie folgt geändert:	i) Der neue Absatz 8 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen *mit Ausnahme von Intensivstationen*“ eingefügt und wird die Angabe „2009 bis 2011“ durch die Angabe „2016 bis 2018“ ersetzt.	aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ eingefügt und wird die Angabe „2009 bis 2011“ durch die Angabe „2016 bis 2018“ ersetzt.
bb) In Satz 2 wird die Angabe „0,48“ durch die Angabe „0,15“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 3 wird die Angabe „0,96“ durch die Angabe „0,3“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen *mit Ausnahme von*	dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „in der unmit-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Intensivstationen“ eingefügt und wird die Angabe „30. Juni 2008“ durch die Angabe „1. Januar 2015“ ersetzt.	telbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ eingefügt und wird die Angabe „30. Juni 2008“ durch die Angabe „1. Januar 2015“ ersetzt.
ee) Satz 6 wird aufgehoben.	ee) u n v e r ä n d e r t
ff) In dem bisherigen Satz 8 wird das Komma nach dem Wort „Neueinstellungen“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ gestrichen.	ff) u n v e r ä n d e r t
gg) Der bisherige Satz 10 wird aufgehoben.	gg) u n v e r ä n d e r t
hh) Der bisherige Satz 11 wird wie folgt gefasst:	hh) u n v e r ä n d e r t
„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, über die auf Grund dieser Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, und über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“	
ii) In dem bisherigen Satz 13 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.	ii) u n v e r ä n d e r t
jj) Der bisherige Satz 14 wird wie folgt gefasst:	jj) u n v e r ä n d e r t
„Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förde-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
rung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet bis spätestens zum 31. Dezember 2017 eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge.“	
j) *Im neuen* Absatz 9 *Satz 5 werden die Wörter „Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 4 und 7 bis 11“ ersetzt.*	j) **Der neue** Absatz 9 **wird wie folgt geändert:**
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2019“ ersetzt und werden nach den Wörtern „finanziell gefördert“ ein Komma und die Wörter „soweit Satz 2 nicht Abweichendes bestimmt,“ eingefügt.
	bbb) In dem Satzteil nach Nummer 3 werden die Wörter „Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a und b und Satz 2 werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert“ durch die Wörter „Fort- und Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a bis c werden über das Jahr 2019 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2019 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2023 gefördert“ ersetzt.
	bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Abweichend von Satz 1 werden
	1. unabhängig von den dort genannten Voraussetzungen in

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	den Jahren 2016 bis 2019 außerdem finanziell gefördert
	a) die in diesen Jahren begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 30 000 Euro,
	b) bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag,
	2. Personalmaßnahmen nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d sowie Fort- und Weiterbildungen nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe e lediglich bis zum Jahr 2016 gefördert.“
	cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Sätzen 1 und 2“ durch die Wörter „Sätzen 1 bis 3“ ersetzt.
	dd) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
	ee) Im neuen Satz 6 werden die Wörter „Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 4 und 7 bis 11“ ersetzt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:	5. § 5 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„(2) Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Im Fall einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:	
1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,	
2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und	
3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;	
der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.“	
c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	c) u n v e r ä n d e r t
„(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Zuschläge nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.“	
d) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3c eingefügt:	d) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3c eingefügt:
„(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils	„(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben.	für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben. **Die zeitliche Begrenzung für die Erhebung von Qualitätsabschlägen nach § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 auf höchstens drei Jahre ist zu beachten.**
*(*3b) Für klinische Sektionen ist bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 ein Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren; hierbei ist Absatz 1 Satz 3 anzuwenden.	**(**3b) Für klinische Sektionen ist bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 ein Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren; hierbei ist Absatz 1 Satz 3 anzuwenden.
(3c) Bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten *auf Grund von* Richtlinien *oder Beschlüssen* des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Vereinbarung von Zuschlägen ist für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, insoweit zulässig, als der Gemeinsame Bundesausschuss keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Zuschläge sind auch für Mehrkosten zu vereinbaren, wenn diese dem Krankenhaus ab dem … [einsetzen: Datum der 2./3. Lesung des Gesetzes] auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getrete-	(3c) Bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten**, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in** Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **zur Qualitätssicherung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen**. Die Vereinbarung von Zuschlägen ist für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, insoweit zulässig, als der Gemeinsame Bundesausschuss keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Zuschläge sind auch für Mehrkosten

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
nen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.“	zu vereinbaren, wenn diese dem Krankenhaus ab dem … [einsetzen: Datum der 2./3. Lesung des Gesetzes] auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.“
e) Absatz 6 wird aufgehoben.	e) u n v e r ä n d e r t
6. § 6 wird wie folgt geändert:	6. § 6 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 15“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1 Satz 10“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „erstmals für das Kalenderjahr 2005“ gestrichen.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 2a Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 137“ durch die Wörter „den §§ 136 und 136b“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 4 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 5 wird *aufgehoben.*	bb) Satz 5 wird **wie folgt gefasst:**
	„§ 18 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung ist entsprechend mit der Maßgabe an-zuwenden, dass die vereinbarte Erlössumme um ein Drittel der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen erhöhend zu berichtigen ist.“
7. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:	
„4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz,“.	
b) Nummer 7 wird aufgehoben.	
c) Nummer 8 wird Nummer 7.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. § 8 wird wie folgt geändert:	8. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„2. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz,“.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) Die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 2“ wird durch die Wörter „§ 137 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) Folgender Satz wird angefügt:
„*Unterschreitet ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,* dürfen für *die jeweiligen Leistungen keine Entgelte* berechnet werden, *soweit keine Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden können oder nach § 136b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine berechtigte mengenmäßige Erwartung nachgewiesen wurde, dass die Mindestmenge erreicht wird.*“	„**Entgelte** dürfen für **eine Leistung nicht** berechnet werden, **wenn**
	1. ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit keine Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden können oder keine berechtigte mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird,
	2. für diese Leistung in höchstens drei aufeinander folgenden Jahren gemäß § 5 Absatz 3a Qualitätsabschläge erhoben wurden

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	und der Qualitätsmangel fortbesteht.“
c) Absatz 10 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „1. Januar 2014“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2016“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „für 2013“ gestrichen.
bb) Satz 4 wird aufgehoben.	**cc**) u n v e r ä n d e r t
9. § 9 wird wie folgt geändert:	9. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 bis 1c ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 bis 1c ersetzt:
„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere	„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere
1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),	1. u n v e r ä n d e r t
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Empfehlungen für die Kalkulation und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,	4. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1,	5. u n v e r ä n d e r t
6. erstmals bis zum *30. September* 2016 einen *eng begrenzten* Katalog *von unverzichtbaren Ausnahmen*, die *nicht* dem Abschlag *nach § 10 Absatz 13* unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Fall von Leistungsverlagerungen.	6. erstmals bis zum **31**. **Juli** 2016 einen Katalog **nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen**, die **nur** dem **hälftigen** Abschlag unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Fall von Leistungsverlagerungen**,**
	7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrate.
(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3	(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3
1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien *oder Beschlüssen* des Gemeinsamen Bundesausschusses;	1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses;
2. bis zum 31. März 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4; diese können sich insbesondere ergeben aus	2. u n v e r ä n d e r t
a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,	
b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder	
c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen;	
dabei haben sie sicherzustellen, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch die Entgelte nach Absatz 1	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Nummer 1 und 2, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt;	
3. bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das DRG-Institut mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend;	3. u n v e r ä n d e r t
4. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;	4. u n v e r ä n d e r t
5. bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.	5. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz *3* bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.	(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz **2** bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.
(1c) Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben, die bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.“	(1c) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „und 2“ ersetzt und werden die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Nummer 5 nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“	
10. § 10 wird wie folgt geändert:	10. § 10 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils die Angabe „B2“ durch die Angabe „B1“ ersetzt und wird das Semikolon und werden die Wörter „als Grundlage für die Vereinbarung für das Jahr 2009 ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen 2008 mit dem Landesbasisfallwert 2008 zu bewerten“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) Nummer 4 wird aufgehoben.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bbb) *In* Nummer 5 *werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a überschreiten“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1 überschreiten und die Ausgaben nicht bereits absenkend in Nummer 6 berücksichtigt werden“ ersetzt und werden nach dem Wort „Ausbildungskosten“ die Wörter „und die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtung vereinbaren,“ eingefügt.*	bbb) Nummer 5 **wird aufgehoben**.
ccc) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:	ccc) u n v e r ä n d e r t
„6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c nicht einbezogen,“.	
ddd) Folgende Nummer 7 wird angefügt:	ddd) u n v e r ä n d e r t
„7. erhöhend die Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.“	
bb) Satz 2 wird *wie folgt gefasst:*	bb) Satz 2 wird **aufgehoben.**
„Bei der Anwendung von Satz 1 Nummer 3 sind bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere die Produktivitätsentwicklung, die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und die Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, einzubeziehen, soweit sie nicht bereits anderweitig im Vergütungssystem berücksichtigt werden; hierbei bleiben die zusätzlichen Finanzmittel nach § 4 Absatz 8 und 9 unberücksichtigt.“	**entfällt**
cc) Satz 4 wird aufgehoben.	cc) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.	
bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren.“	
	c1) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
	„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2016 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden 50 Prozent des Unterschiedes zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, nach Maßgabe des Satzes 5 berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 verein-baren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um ein Drittel dieser Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate) zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert für das Vereinbarungsjahr bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, ist der Differenzbetrag, der durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate auf den Landesbasisfallwert entsteht, durch eine ab dem Zeitpunkt nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 erfolgende unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen; dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Differenzbetrag infolge der unterjährigen Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen. Im Falle von Satz 6 ist die anteilige Erhö-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	hungsrate nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen.“
d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
aa) Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgenden Satz ersetzt:	aa) Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgenden Satz ersetzt:
„Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die *Kostenstrukturen und -entwicklungen* der Krankenhäuser *besser als die Veränderungsrate berücksichtigt*, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen.“	„Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die **tatsächlichen Kostenentwicklungen** der Krankenhäuser **wiedergibt**, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen.“
bb) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Folgender Satz wird angefügt:	cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts zu prüfen.“	„Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts **als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen,** zu prüfen.“
e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	e) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „-1,25“ durch die Angabe „-1,02“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:	
„Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2016 bis 2021 werden die Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, und von diesem Zwischenergebnis	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. 16,67 Prozent im Jahr 2016,	
2. 20,00 Prozent im Jahr 2017,	
3. 25,00 Prozent im Jahr 2018,	
4. 33,34 Prozent im Jahr 2019,	
5. 50,00 Prozent im Jahr 2020,	
6. 100 Prozent im Jahr 2021	
errechnet werden.“	
cc) In Satz 4 werden die Wörter „die Jahre 2010 und 2012“ durch die Wörter „das Jahr 2017“ ersetzt und wird die Angabe „Nr. 1 oder Nr. 2“ und werden die Wörter „des Absatzes 11 Satz 2 oder“ gestrichen.	
dd) Satz 5 wird aufgehoben.	
ee) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:	
„Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt.“	
ff) Satz 8 wird wie folgt geändert:	
aaa) Nach den Wörtern „nach Satz 3“ werden die Wörter „oder Satz 7“ eingefügt.	
bbb) Vor dem Punkt am Ende wird ein Semikolon und werden die Wörter „Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht“ eingefügt.	
	e1) In Absatz 9 Satz 5 werden die Wörter „im Jahr 2013“ gestrichen und nach den Wörtern „Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen“ ein Komma und die Wörter „sofern diese

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	noch nicht im Basisfallwert berücksichtigt ist,“ eingefügt.
f) Absatz 10 wird wie folgt geändert:	f) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.“	
g) In Absatz 12 wird nach dem Wort „Neueinstellung“ ein Komma und *werden* die Wörter „die interne Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt und werden die Wörter *„§* 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter *„§* 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.	g) In Absatz 12 wird **die Angabe „2017“ durch die Angabe „2020“ ersetzt,** nach dem Wort „Neueinstellung“ ein Komma und die Wörter „die interne Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt und werden die Wörter **„Jahr 2016 nach §** 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter **„Jahr 2019 nach §** 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt **sowie nach dem Wort „einzurechnen“ ein Semikolon und die Wörter „zusätzlich sind dabei die Finanzierungsbeträge der von den Krankenhäusern im Land insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Zuschläge einzurechnen“ eingefügt**.
h) Absatz 13 wird wie folgt gefasst:	h) Absatz 13 wird wie folgt gefasst:
„(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für *fünf* Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach	„(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für **drei** Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 11 entstehen; Ausnahmen nach § *9* Absatz 1 *Nummer 6* bleiben hiervon unberührt.“	§ 11 entstehen; Ausnahmen nach § **4** Absatz **2b Satz 3 Nummer** 1 bleiben hiervon unberührt.“
11. § 11 wird wie folgt geändert:	11. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ die Wörter „und der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkatalogs nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.	
b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „B2“ durch die Angabe „B1“ ersetzt.	
12. In § 15 Absatz 1 Satz 4 wird das Semikolon und werden die Wörter „abweichend hiervon ist für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausindividuelle Basisfallwert abzurechnen“ gestrichen.	12. u n v e r ä n d e r t
13. § 21 wird wie folgt geändert:	13. § 21 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 1 Buchstabe b werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 9“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a“ ersetzt und werden die Wörter „einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt,“ gestrichen.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 2 Buchstabe d werden die Wörter „des Wohnorts des Patienten“ durch die Wörter „und der Wohnort des Patienten, in den Stadtstaaten der *Stadtbezirk*,“ ersetzt.	bb) In Nummer 2 Buchstabe d werden die Wörter „des Wohnorts des Patienten“ durch die Wörter „und der Wohnort des Patienten, in den Stadtstaaten der **Stadtteil**,“ ersetzt.
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Krankenhausplanung“ die Wörter „sowie zusätzlich nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe h für Zwecke der Investitionsförderung, sofern das Land hierfür Investitionspauschalen nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwendet oder dies beabsichtigt,“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Satz 4 wird aufgehoben.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 5“ und das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Im neuen Satz 5 wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
ee) Im neuen Satz 7 werden im Satzteil vor dem Semikolon nach dem Wort „Postleitzahl“ die Wörter „und den Wohnort, in den Stadtstaaten den *Stadtbezirk*,“ eingefügt und werden im Satzteil nach dem Semikolon nach dem Wort „Postleitzahl“ ein Komma und die Wörter „Wohnort, in den Stadtstaaten *Stadtbezirk*,“ eingefügt.	ee) Im neuen Satz 7 werden im Satzteil vor dem Semikolon nach dem Wort „Postleitzahl“ die Wörter „und den Wohnort, in den Stadtstaaten den **Stadtteil**,“ eingefügt und werden im Satzteil nach dem Semikolon nach dem Wort „Postleitzahl“ ein Komma und die Wörter „Wohnort, in den Stadtstaaten **Stadtteil**,“ eingefügt.
	ff) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:
	„Dem Bundeskartellamt sind auf Anforderung für ausgewählte Krankenhäuser Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und d und Nummer 2 Buchstabe b, d, e, g und h zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen zur Verfügung zu stellen, soweit die Krankenhäuser von einem jeweils zu benennenden Fusionskontrollverfahren betroffen sind.“
d) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:	d) u n v e r ä n d e r t
„(3a) Das Institut nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine andere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Stelle kann ausgewählte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle kann entsprechende Daten	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 vom Institut oder einer anderen nach Satz 1 beauftragten Stelle glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 gilt entsprechend.“	
14. Die Anlage 1 wird wie folgt geändert:	14. u n v e r ä n d e r t
a) In der Übersicht wird Abschnitt B wie folgt gefasst:	
„B Budgetermittlung	
B1 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG“.	
b) Abschnitt B wird wie folgt geändert:	
aa) Formblatt B1 wird aufgehoben.	
bb) Formblatt B2 wird Formblatt B1 und die Überschrift wie folgt gefasst:	
„B1 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG“.	
Artikel 3	**Artikel 3**
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**
§ 7 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	**Das Krankenhausentgeltgesetz** vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird das Wort „Versorgungszuschlag“ durch das Wort „Pflegezuschlag“ ersetzt.
	2. § 8 Absatz 10 wird wie folgt gefasst:
	„(10) Zur Förderung der pflegerischen Versorgung ist bei Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2017 ein Pflegezuschlag abzurechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Die Höhe des Pflegezuschlags ist zu ermitteln, indem die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus durch die vollstationäre Fallzahl geteilt wird, die für den Vereinbarungszeitraum des Erlösbudgets und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Erlössumme vereinbart oder festgesetzt wurde. Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser errechnet wird und dieser krankenhausindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen entsprechenden Kosten für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist; Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Kosten, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Der nach Satz 2 zu berechnende Pflegezuschlag ist im Falle von § 10 Absatz 5 Satz 6 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Fallschwere des Kranken-hauses zu erhöhen. § 5 Absatz 4 Satz 5, § 11 Absatz 4 Satz 3 und 4 sowie § 15 Absatz 2 gelten entsprechend.“
1. In Nummer 6 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.	**1. entfällt**
2. Nummer 7 wird aufgehoben.	**2. entfällt**
Artikel 4	**Artikel 4**
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
§ 10 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Absatz 9 wird wie folgt geändert:	
a) In Satz 3 wird die Angabe „31. Juli“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.	
b) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist den Vertragsparteien auf Bundesebene spätestens bis zum 15. März jeden Jahres vorzulegen; die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren das Berechnungsergebnis als einheitlichen Basisfallwert und davon ausgehend den einheitlichen Basisfallwertkorridor bis zum 31. März jeden Jahres.“	
2. Absatz 11 wird wie folgt gefasst:	
„(11) Liegt der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert nach Absatz 10 außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Absatz 9 Satz 5, ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene unter Beachtung des Vorzeichens die Differenz zwischen der maßgeblichen Korridorgrenze nach Absatz 8 Satz 2 oder Satz 7 und dem Basisfallwert. Sie vereinbaren bis zum 30. April jeden Jahres einen Betrag zum Ausgleich der Differenz innerhalb des laufenden Jahres. Dieser Betrag ist von den Krankenhäusern unter Beachtung des Vorzeichens zusätzlich zu dem Basisfallwert abzurechnen; § 15 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts des Folgejahres ist der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert des laufenden Jahres von den Vertragsparteien unter Beachtung des Vorzeichens um die Differenz nach Satz 1 zu verändern.“	
Artikel 5	**Artikel 5**
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	**Änderung der Bundespflegesatzverordnung**
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 16b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 16b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) In der Angabe zu § 3 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.	
b) In der Angabe zu § 4 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.	
2. In § 1 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Krankenhäuser vergütet, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „Krankenhäuser und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vergütet, die“ ersetzt.	
3. In § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 werden die Wörter „§ 39 Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 39 Absatz 1a“ ersetzt.	3. u n v e r ä n d e r t
	3a. § 3 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden nach dem Wort „einreisen,“ die Wörter „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Das Verlangen kann für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden.“
	3b. § 4 Absatz 9 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden nach dem Wort „einreisen,“ die Wörter „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Das Verlangen kann für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden.“
4. Dem § 5 werden die folgenden Absätze 3 und 4 angefügt:	4. Dem § 5 werden die folgenden Absätze 3 und 4 angefügt:
„(3) Für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes und § 9	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.	
(4) Für die Vereinbarung von befristeten Zuschlägen für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien *oder Beschlüssen* des Gemeinsamen Bundesausschusses ist § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.“	(4) Für die Vereinbarung von befristeten Zuschlägen für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.“
5. In § 8 Absatz 4 werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 137 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
6. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Abschlägen“ ein Semikolon und werden die Wörter „§ 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend“ eingefügt.	
b) In Nummer 5 wird nach dem Wort „Jahres“ das Komma und werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2013,“ gestrichen und werden die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 5 oder 6“ durch die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3“ und die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 6“ durch die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.	
c) Satz 2 wird aufgehoben.	
7. § 10 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch die Wörter „dabei werden Sicherstellungszuschläge, soweit sie nicht auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes beruhen, befristete Zuschläge nach § 5 Absatz 4, Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen und Zuschläge nach § 5 Absatz 3 für außerordentlich gute Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen nicht einbezogen;“ ersetzt.	
b) In Nummer 6 werden nach dem Komma am Ende die Wörter „und die Summe der zeitlich befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 4, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden; dabei werden Abschläge nach § 5 Absatz 3 für unzureichende	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen nicht einbezogen,“ eingefügt.	
8. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Zu- und Abschläge nach § 5“ durch die Wörter „krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge“ ersetzt.	8. u n v e r ä n d e r t
9. *In* § 18 *Absatz 2* wird *die Angabe „§ 6 Absatz 4“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 oder Absatz 4“ ersetzt.*	9. § 18 wird **wie folgt geändert:**
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
	bbb) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	ccc) Folgende Nummer 4 wird angefügt:
	„4. § 3 Absatz 4 Satz 1 auf Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz entsprechend anzuwenden ist, wobei das Verlangen für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden kann.“
	bb) Satz 2 wird aufgehoben.
	b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
	„(3) Bei Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist sowohl für Krankenhäuser, die in den Jahren 2013, 2014, 2015 oder 2016 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einführen, wie auch für Krankenhäuser, die das Vergütungssystem nicht einführen, das von den Vertragsparteien vereinbarte Budget um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächst möglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; § 3 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz ist zu beachten."
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. Nach § 37 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
	„(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.“
	0a. § 38 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen."
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird das Wort „soll" durch das Wort „kann" ersetzt.
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „Satz 2" durch die Wörter „Satz 2 bis 4" ersetzt.
	0b. Nach § 39b wird folgender § 39c eingefügt:
	„§ 39c
	Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit
	Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	Leistungen nach dieser Vorschrift wiedergegeben werden."
1. In § 65c Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und Absatz 8 Satz 1 werden jeweils die Wörter „§ 137 Absatz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.	1. u n v e r ä n d e r t
	1a. In § 75 Absatz 1b Satz 2 werden nach dem Wort „sicherstellen“ ein Semikolon und die Wörter „hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden“ eingefügt.
2. In § 81 Absatz 3 Nummer 2 werden die Wörter „und § 137 Abs. 1 und 4“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 und § 136a Absatz 4“ ersetzt.	2. u n v e r ä n d e r t
3. *In § 87 Absatz 2a Satz 7 werden die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 135b Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.*	3. § 87 **wird wie folgt geändert:**
	a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 6 werden die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 135b Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat bis spätestens zum 31. Dezember 2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend.“
	b) Dem Absatz 5a werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Für den erweiterten Bewertungsausschuss nach Satz 1 ist darüber hinaus jeweils ein weiteres unparteiisches Mitglied von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vom Spitzenverband Bund der

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenkassen zu benennen. Die Benennung soll bis spätestens zum 31. März 2016 erfolgen. Bis zur Benennung gilt die Besetzung in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung fort. “
4. Dem § 87a Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:	4. Dem § 87a Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
„In den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 sind auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die *Senkung* des Investitionskostenabschlags nach § 120 Absatz 3 Satz 2 entspricht.“	„In den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 sind auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die **Aufhebung** des Investitionskostenabschlags nach § 120 Absatz 3 Satz 2 **in der bis einschließlich 31. Dezember 2015 geltenden Fassung** entspricht.“
	4a. Nach § 87b Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.“
	4b. In § 90a Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „abgeben“ ein Semikolon und die Wörter „hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung“ eingefügt.
5. § 91 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „§ 137 Abs. 3 Satz 7“ durch die Wörter „§ 136b Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.	
b) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 137b“ durch die Angabe „§ 136d“ ersetzt.	
6. *In* § 92 Absatz 7f *Satz 1 werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3“ ersetzt.*	6. § 92 Absatz 7f **wird wie folgt geändert:**
	a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 137 Absatz 3“ durch die Wörter „den §§ 136b und 136c“ ersetzt.
	b) In Satz 2 werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3“ ersetzt.
7. In § 92a Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 221 Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. § 109 wird wie folgt geändert:	8. § 109 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „bedarfsgerechten,“ durch die Wörter „qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:	bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, *wiederholt* Qualitätsabschlägen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder“.	„2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, **höchstens drei Jahre infolge** Qualitätsabschlägen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder“.
cc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.	cc) u n v e r ä n d e r t
9. § 110 wird wie folgt geändert:	9. § 110 wird wie folgt geändert:
a) *Nach* Absatz 1 *Satz 1* wird *folgender Satz eingefügt*:	a) Absatz 1 wird **wie folgt geändert**:
	aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Kündigung hat zu erfolgen, wenn der in § 109 Absatz 3 Satz 1

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt.“
	bb) **Die folgenden Sätze werden angefügt:**
	„Kommt ein Beschluss über die Kündigung eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen nicht zustande, entscheidet eine unabhängige Schiedsperson über die Kündigung, wenn dies von Kassenarten beantragt wird, die mindestens ein Drittel der landesweiten Anzahl der Versicherten auf sich vereinigen. Einigen sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die Landesverbände der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend der landesweiten Anzahl ihrer Versicherten. Klagen gegen die Entscheidung der Schiedsperson über die Kündigung richten sich gegen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, nicht gegen die Schiedsperson.“
„Die Kündigung hat zu erfolgen, wenn der in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt.“	**entfällt**
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird aufgehoben.	
bb) Im neuen Satz 1 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände“ ersetzt.	
cc) Im neuen Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die zuständige Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich dargelegt hat“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dd) Folgender Satz wird angefügt:	
„Mit Wirksamwerden der Kündigung gilt ein Plankrankenhaus insoweit nicht mehr als zugelassenes Krankenhaus.“	
10. Nach § 110 wird folgender § 110a eingefügt:	10. u n v e r ä n d e r t
„§ 110a	
Qualitätsverträge	
(1) Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge). Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu befristen. In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist. Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrages besteht nicht.	
(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 bis spätestens zum 31. Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge. Die Rahmenvorgaben, insbesondere für die Qualitätsanforderungen, sind nur soweit zu vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit den Inhalt der Rahmenvorgaben fest.“	
11. In § 113 Absatz 4 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.	11. In § 113 Absatz 4 **Satz 1** wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	11a. § 115 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Notdienstes“ ein Semikolon und die Wörter „darüber hinaus können auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden“ eingefügt.
	b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
	„(3a) Kommt eine vertragliche Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum [Einfügen: letzter Tag des sechsten Monats nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] nicht zustande, wird ihr Inhalt innerhalb von sechs Wochen durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgelegt. Absatz 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.“
12. *In* § 115b *Absatz 1 Satz 3* wird *die Angabe „§ 137“ durch die Angabe „den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.*	12. § 115b wird **wie folgt geändert:**
	a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe "§ 137" durch die Wörter "den §§ 136 bis 136b" ersetzt.
	b) Absatz 4 wird aufgehoben.
	c) Absatz 5 wird Absatz 4.
	12a. In § 116b Absatz 6 Satz 8 werden nach dem Wort „Euro-Gebührenordnung“ das Semikolon und die Wörter „dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent zu kürzen“ gestrichen.
	12b. § 117 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 2 werden die Wörter „Satz 1, 2 und 5“ durch die Wörter „Satz 1 und 2“ ersetzt.
	b) In Satz 3 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 3 und 4“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 2 und 3“ ersetzt.
13. *In* § 120 *Absatz 3 Satz 2* wird *die Angabe „10“ durch die Angabe „5“ ersetzt.*	13. § 120 wird **wie folgt geändert:**
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Satz 5 wird aufgehoben.
	b) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.
	c) In Absatz 3a Satz 2 werden die Wörter„ Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine“ gestrichen und wird das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
	d) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
	13a. Dem § 121 wird folgender Absatz 6 angefügt:
	„(6) Für belegärztliche Leistungen gelten die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136 bis 136b zur Qualitätssicherung im Krankenhaus bis zum Inkrafttreten vergleichbarer Regelungen für die vertragsärztliche oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Die in der stationären Qualitätssicherung für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 und 2 sowie bei der qualitätsabhängigen Vergütung eines Krankenhauses nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes berücksichtigt. Die Folgen, die diese Berücksichtigung im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem Belegarzt haben soll, werden zwischen diesen vertraglich vereinbart.“
	13b. Nach § 132g wird folgender § 132h eingefügt:
	„§ 132h
	Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen
	Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Einrichtungen Verträge über die Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 39c schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.“

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
14. § 135a wird wie folgt geändert:	14. § 135a wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 135a	
Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung“.	
b) In Absatz 2 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „§§ 137“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 137 Absatz 1d“ durch die Angabe „§ 136a Absatz 3“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
15. Die §§ 136 bis 137 werden durch die folgenden §§ 135b bis 137 ersetzt:	15. Die §§ 136 bis 137 werden durch die folgenden §§ 135b bis 137 ersetzt:
„§ 135b	„§ 135b
Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen	u n v e r ä n d e r t
(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.	
(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen.	
(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen des § 87a gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.	
§ 135c	§ 135c
Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft	u n v e r ä n d e r t
(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.	
(2) Der Qualitätsbericht des Krankenhauses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 hält. Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter an-	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
zugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.	
§ 136	§ 136
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	u n v e r ä n d e r t
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere	
1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und	
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.	
Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen.	
(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen nach § 136a Absatz 4 und § 136b bleiben unberührt.	
(3) Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 136a	§ 136a
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	u n v e r ä n d e r t
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach § 136b Absatz 6 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.	
(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Er hat die Maß-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.	
(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.	
(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.	
§ 136b	§ 136b
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über	(1) unverändert
1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,	
2. einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände,	
3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser,	
4. vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen,	
5. einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.	
§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Be-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schlüssen nach den Nummern 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.	
(2) Die Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Absatz 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Absatz 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Beschlüssen nach Absatz 1 und Richtlinien nach § 136 Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.	(2) unverändert
(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Er regelt in seiner Verfahrensordnung das Nähere insbesondere zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll insbesondere die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen.	(3) unverändert
(4) Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Lan-	(4) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
desverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt.	
(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses für diese Leistungen über die Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2.	(5) unverändert
(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.	(6) unverändert
(7) Die Qualitätsberichte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sind über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus vom Gemeinsamen Bundesausschuss, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre	(7) unverändert

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Das Krankenhaus hat den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.	
(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegung der vier Leistungen oder Leistungsbereiche nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bis zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. Er hat das Institut nach § 137a mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den ausgewählten Leistungen und Leistungsbereichen nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu beauftragen. Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a.	(8) u n v e r ä n d e r t
(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. *Er* regelt ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Hierfür hat er insbesondere jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen und die Auswertung der Daten sicherzustellen. Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; dies kann über eine Internetplattform erfolgen. Die Krankenkassen geben in das Informationsangebot nach Satz *4* regelmäßig Angaben ein, welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge für welche Leistungen oder Leistungsbereiche erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen.	(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. **Qualitätszu- und –abschläge für die Einhaltung oder Nichteinhaltung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss** regelt ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Hierfür hat er insbesondere jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen und die Auswertung der Daten sicherzustellen. Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; dies kann über eine Internetplattform erfolgen. Die Krankenkassen geben in das Informationsangebot nach Satz **5** regelmäßig Angaben ein, welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge für welche Leistungen oder Leistungsbereiche erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 136c	§ 136c
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	u n v e r ä n d e r t
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden; § 91 Absatz 6 bleibt unberührt. Ein erster Beschluss ist bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen.	
(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach § 137a zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung liefern. Er soll das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um sechs Monate verkürzen.	
(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen	
1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,	
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und	
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.	
Bei dem Beschluss sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in dem Beschluss auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes fest. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.	
(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.	
§ 136d	§ 136d
Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	u n v e r ä n d e r t
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.	
§ 137	§ 137
Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	u n v e r ä n d e r t
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein	
1. Vergütungsabschläge,	
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,	
3. die Information Dritter über die Verstöße,	
4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.	
Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.	
(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Datensätze fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung vorzusehen, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.	
(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. Er trifft insbesondere Festlegungen, welche Stellen die Kontrollen beauftragen, welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, zu Art, Umfang und zum Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierbei vorzusehen, dass die nach Absatz 1 Satz 5 für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden. Er legt fest, in welchen Fällen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder zu übermitteln hat. Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Kontrollen nach § 275a unterstützen.“	
16. § 137a wird wie folgt geändert:	16. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 3 Satz 3 und Absatz 10 Satz 1 und 4 werden jeweils die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.	
b) Folgender Absatz 11 wird angefügt:	
„(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung, soweit erforderlich auch ein-	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
richtungsbezogen sowie versichertenbezogen, in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Die Landesbehörde hat ein berechtigtes Interesse an der Verarbeitung und Nutzung der Daten darzulegen und sicherzustellen, dass die Daten nur für die im Antrag genannten konkreten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung der Daten durch die Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen an Dritte ist nicht zulässig. In dem Antrag ist der Tag, bis zu dem die übermittelten Daten aufbewahrt werden dürfen, genau zu bezeichnen. Absatz 10 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“	
17. § 137b wird wie folgt gefasst:	17. u n v e r ä n d e r t
„§ 137b	
Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a	
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut nach § 137a. Soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.	
(2) Das Institut nach § 137a leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach § 137a Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 Satz 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlungen zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.“	
18. In § 137e Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 137“ durch die Wörter „den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.	18. u n v e r ä n d e r t
19. In § 140f Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b“ durch die Wörter „§ 135b Absatz 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136b, 136d, 137a, 137b“ ersetzt.	19. u n v e r ä n d e r t
20. § 221 wird wie folgt geändert:	20. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.	
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(3) Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich	
1. in den Jahren 2016 bis 2019 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 und	
2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen.	
Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der Anteil nach Satz 1 Nummer 1 wird dem Innovationsfonds und der Anteil nach Satz 1 Nummer 2 dem Strukturfonds zugeführt. Mittel für den Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr anteilig an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückzuführen.“	
21. § 271 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	21. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 5 werden die Wörter „§ 221 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Ab dem Jahr 2016 werden dem Strukturfonds zudem aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Finanzmittel bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“	
	21a. Dem § 275 Absatz 1c wird folgender Satz angefügt:
	„Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.“
22. Nach § 275 wird folgender § 275a eingefügt:	22. u n v e r ä n d e r t
„§ 275a	
Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst	
(1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.	
(2) Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen. Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand dieser Aufträge können sein	
1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,	
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und	
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.	
Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit.	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(3) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.	
(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.“	
23. § 276 wird wie folgt geändert:	23. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 erforderlich ist. Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.“	
b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:	
„(4a) Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Kontrollen nach § 275a befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Krankenhauses zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. Absatz 2 Satz 3 bis 9 gilt für die Durchfüh-	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
rung von Kontrollen nach § 275a entsprechend. Das Krankenhaus ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass er die Kontrollen nach § 275a ordnungsgemäß durchführen kann; das Krankenhaus ist hierbei befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung des Medizinischen Dienstes zu übermitteln. Die Sätze 1 und 2 gelten für Kontrollen nach § 275a Absatz 4 nur unter der Voraussetzung, dass das Landesrecht entsprechende Mitwirkungspflichten und datenschutzrechtliche Befugnisse der Krankenhäuser zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten vorsieht.“	
24. Dem § 277 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	24. u n v e r ä n d e r t
„Nach Abschluss der Kontrollen nach § 275a hat der Medizinische Dienst die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. Soweit in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festgelegt sind, in denen Dritte wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Kontrollergebnis zu informieren sind, hat der Medizinische Dienst sein Kontrollergebnis unverzüglich an die in dieser Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. Soweit erforderlich und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 vorgesehen, dürfen diese Mitteilungen auch personenbezogene Angaben enthalten; in der Mitteilung an den Auftraggeber und den Dritten sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.“	
	24a. In § 279 Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „Beschäftigte der Krankenkassen“ die Wörter „oder Beschäftigte von Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen“ und nach dem Wort „dürfen“ das Wort „zusammen“ eingefügt.
25. § 281 wird wie folgt geändert:	25. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 275 Absatz 1 bis 3a“ die Wörter „und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Nach Absatz 1a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4.“	
26. In § 285 Absatz 1 Nummer 6 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.	26. u n v e r ä n d e r t
27. § 299 wird wie folgt geändert:	27. § 299 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 *Satz 1* wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) *Die* Angabe „§ 136 Absatz 2“ *wird jeweils* durch die Angabe „§ 135b Absatz 2“ ersetzt.	aa) **In Satz 1 wird jeweils die** Angabe „§ 136 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 135b Absatz 2“ **und werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“** ersetzt.
bb) *Die Wörter* „§ *137* Absatz *1 Satz 1 und Absatz 3*“ *werden* durch die *Wörter* „§ *136* Absatz *1 Satz 1 und § 136b*“ ersetzt.	bb) **In Satz 7 wird die Angabe** „§ **136** Absatz **2**“ durch die **Angabe** „§ **135b** Absatz **2**“ ersetzt.
	b) In Absatz 1a Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 136 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 135b Absatz 2“ und werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3" durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1“ ersetzt.
	c) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.
c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.	**d**) u n v e r ä n d e r t
	e) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
	„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Durchführung von Patientenbefragungen für Zwecke der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b eine zentrale Stelle (Versendestelle) bestimmen, die die Auswahl der zu befragenden Versicherten und die Versendung der Fragebögen übernimmt. In diesem Fall regelt er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Einzelheiten des Verfahrens; insbesondere legt er die Auswahlkriterien fest und bestimmt, wer welche Daten an

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die Versendestelle zu übermitteln hat. Dabei kann er auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist. Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen darf nicht über die Versendestelle erfolgen. Die Versendestelle muss von den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Verbänden, der Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 5, dem Institut nach § 137a und sonstigen nach Absatz 1 Satz 2 festgelegten Datenempfängern räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein und darf über die Daten nach Satz 2 hinaus keine Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten erheben und verarbeiten. Die Versendestelle hat die ihr übermittelten Identifikationsmerkmale der Versicherten in gleicher Weise geheim zu halten wie derjenige, von dem sie sie erhalten hat; sie darf diese Daten anderen Personen oder Stellen nicht zugänglich machen. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Daten an die Stelle nach Satz 1 zu übermitteln. Die Daten nach Satz 7 sind von der Versendestelle zu löschen, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch sechs Monate nach Versendung der Fragebögen.“
b) Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:	**b) entfällt**
aa) Die Angabe „§ 136 Absatz 2“ wird jeweils durch die Angabe „§ 135b Absatz 2“ ersetzt.	
bb) Die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ werden durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	27a. In § 301 Absatz 4 Satz 1 in dem Satzteil vor Nummer 1 wird nach der Angabe „§ 111“ die Angabe „oder § 111c“ und werden nach dem Wort „stationärer“ die Wörter „oder ambulanter“ eingefügt.
28. In § 303e Absatz 1 Nummer 14 werden die Wörter „Institution nach § 137a Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „Institut nach § 137a“ ersetzt.	28. u n v e r ä n d e r t
	Artikel 6a
	Änderung des Infektionsschutzgesetzes
	In § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 70 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird die Angabe „31. Dezember 2016“ durch die Angabe „31. Dezember 2019“ ersetzt.
Artikel 7	**Artikel 7**
Änderung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze	**u n v e r ä n d e r t**
Artikel 6b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) wird aufgehoben.	
Artikel 8	**Artikel 8**
Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
Die Artikel 2 und 3 des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) werden aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 9	**Artikel 9**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis *5* am 1. Januar 2016 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis **6** am 1. Januar 2016 in Kraft.
(2) In Artikel 1 Nummer 5 tritt § 12 am … [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes] in Kraft.	(2) In Artikel 1 Nummer 5 tritt § 12 am … [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes] in Kraft.
(3) Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h und Nummer 10 Buchstabe e tritt *am* … [einsetzen: Tag der *2./*3. Lesung *des* Gesetzes] in Kraft.	(3) Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe **e1, g,** h**, i, j** und Nummer 10 Buchstabe **b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb und Buchstabe** e tritt **mit Wirkung vom** … [einsetzen: Tag der 3. Lesung **dieses** Gesetzes] in Kraft.
	(3a) Artikel 5 Nummer 3a, 3b und 9 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der 3. Lesung dieses Gesetzes] in Kraft.
(4) Artikel 3 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.	(4) Artikel 3 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.
(5) Artikel 4 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.	(5) Artikel 4 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.
	(6) Artikel 6 Nummer 24a tritt am 2. Januar 2016 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Lothar Riebsamen, Marina Kermer, Harald Weinberg und Dr. Harald Terpe

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/5372** in seiner 115. Sitzung am 2. Juli 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Finanzausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Energie, den Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Verteidigungsausschuss, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur und den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/5867** in seiner 121. Sitzung am 10. September 2015 in erster Lesung beraten und analog zum gleichlautenden Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/5369** in seiner 115. Sitzung am 2. Juli 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/5381** in seiner 115. Sitzung am 2. Juli 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a und b

Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten und notwendige Umstrukturierungsprozesse zu unterstützen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Dezember 2014 umgesetzt. Ziel ist es, die qualitativen Standards weiterzuentwickeln und die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. Bund und Länder wollen somit gemeinsam die Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge weiterentwickeln.

Im Einzelnen soll eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden, indem die Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt wird. Dazu soll in § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Zielkriterium einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert werden. Außerdem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt werden, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend

gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses soll Konsequenzen für die Aufnahme der Einrichtung in den Krankenhausplan des Landes und den Verbleib darin haben.

Außerdem soll ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet werden, um die unmittelbare pflegerische Patientenversorgung (ausschließlich Pflege am Bett) zu stärken. In den Jahren 2016 bis 2018 sollen sich die Fördermittel dafür auf bis zu 660 Millionen Euro belaufen. Nach dem Ende des Förderprogramms sollen zusätzliche Mittel in Höhe von 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich bleiben. Zur Neuausrichtung der Mengensteuerung ist in dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2016 mit Wirkung für das DRG-System im Jahr 2017 die Bewertung von voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen absenken oder abstufen. Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, sollen in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Die Projekte sollen nur finanziert werden, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat den Entwurf geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass das Bundesministerium für Gesundheit die dargestellten Kosten sowie die Gründe der derzeit nur schwer zu quantifizierenden Kosten nachvollziehbar dargestellt habe. Daher mache der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.

Der **Bundesrat** hat in seiner 935. Sitzung am 10. Juli 2015 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung genommen und einige Änderungen vorgeschlagen. Diese betreffen insbesondere die Bereiche „Zugang zum Strukturfonds“, „Mengensteuerung“ und „Pflegestellen-Förderprogramm“. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus Drucksache 18/5867, Anlage 3.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer **Gegenäußerung** zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt. Die Einzelheiten ergeben sich aus Drucksache 18/5867, Anlage 4. Eine Prüfung mit der Folge der Umsetzung ist insbesondere bei folgenden Vorschlägen erfolgt: Der Bundesrat hat auch für den Fall der Nichterfüllung landesrechtlicher Qualitätsvorgaben den Eintritt planungsrechtlicher Konsequenzen vorgeschlagen. Dieser Vorschlag des Bundesrates wurde durch einen Änderungsantrag umgesetzt, den der Ausschuss für Gesundheit in seiner Sitzung am 4. November 2015 beschlossen hat. Gleiches gilt für die vom Bundesrat geforderte Erleichterung des Zugangs zum Strukturfonds dadurch, dass für das in den Jahren 2016 bis 2018 beizubehaltende Investitionsniveau auch auf die im Jahr 2015 bereitgestellten Mittel für Investitionsförderung abgestellt werden kann und bei den Investitionsmitteln der neuen Länder die Mittel nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes nicht berücksichtigt werden. Auch wurde dem Vorschlag des Bundesrates gefolgt, die unverzichtbaren Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag im Gesetzestext aufzuführen sowie bei einem Rückgang der vereinbarten Leistungen auch dementsprechend den Fixkostendegressionsabschlag zu reduzieren. Ebenso ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Pflegestellen-Förderprogramms, wonach die Neueinstellung oder Aufstockung von Pflegepersonal auf Intensivstationen nicht gefördert wird, aufgehoben worden. Ferner wurde dem Wunsch entsprochen, verschiedene absenkende Tatbestände beim Landesbasisfallwert aufzuheben. Ebenso wurde durch einen Änderungsantrag das Anliegen umgesetzt, dass es Ziel des Orientierungswerts ist, die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiederzugeben. Schließlich wurde dem Wunsch entsprochen, bei den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auf den Stadtteil anstelle des Stadtbezirks abzustellen.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller herrscht in den deutschen Krankenhäusern Pflegenotstand, da immer weniger Pflegekräfte immer mehr Patientinnen und Patienten versorgen. Arbeitsverdichtung und massiver Personalmangel führten zu einer Überlastung der Pflegekräfte und zu einer pflegerischen Unterversorgung. Die Sicherheit der Patienten werde damit genauso gefährdet wie die körperliche und seelische Gesundheit der Pflegekräfte. Die derzeitigen finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen verhinderten, dass die Kliniken ausreichend qualifiziertes Personal beschäftigen könnten, um eine hochwertige pflegerische und therapeutische Versorgung sicherzustellen. Diese Entwicklung sei die Folge eines wirtschaftlichen Drucks auf die Krankenhäuser, der seit ca. zwei Jahrzehnten anhalte. Die Antragsteller möchten daher die Bundesregierung auffordern, ein vorgegebenes Verfahren der Personalbedarfsermittlung gesetzlich zu verankern, nach dem die Stellenpläne der Krankenhäuser berechnet werden müssen. Die vollständige Refinanzierung der Mehrkosten müsse sichergestellt werden, indem der Mehrbedarf extrabudgetär außerhalb der Fallpauschalen finanziert werde. Mit Kontrollen der Abrechnung der

Krankenhäuser mit den Krankenkassen müsse die Einhaltung der Vorgaben überprüft werden. Bei den Ländern solle darauf hingewirkt werden, dass vorgegebene Personalbesetzungsstandards eingehalten und andere Qualitätskriterien zur Bedingung für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan werden. Darüber hinaus muss laut Antragsteller die Ausbildungsqualität gezielt verbessert werden, um die absehbare Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften erfüllen zu können.

Zu Buchstabe d

Der demografische Wandel führe zu veränderten Anforderungen an Krankenhäuser, die eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung der Menschen spielten. Die Krankenhausreform der Bundesregierung wird diesen Anforderungen nach Ansicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nicht gerecht, zentrale Mängel würden nicht behoben. Eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung finde nicht statt, die Investitionsfinanzierung der Länder sei seit Jahren nicht ausreichend. Die Fraktion fordert die Bundesregierung daher auf, die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser dahingehend zu reformieren, dass Krankenkassen hälftig an der Finanzierung beteiligt werden und dafür ein Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung erhalten. Außerdem soll die Krankenhausplanung gemeinsam mit den Ländern zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt und die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen verbessert werden. Auch bessere Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Krankenhaus seien wichtig. Problematisch sei insbesondere, dass die Personalausstattung im pflegerischen Bereich in vielen Häusern so niedrig sei, dass nicht mehr alle notwendigen Tätigkeiten durchgeführt werden könnten. Dies gefährde nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern führe auch zu unattraktiven Arbeitsbedingungen. Daher sollen verbindliche Personalbemessungsregelungen sowie ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt werden. Das von der Regierung vorgeschlagene Förderprogramm sei bei Weitem nicht ausreichend, um für eine angemessene Personalausstattung zu sorgen; zudem fehle eine Kontrolle der Mittelverwendung.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Innenausschuss** hat in seiner 59. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 73. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 58. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 60. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 anzunehmen. Zudem legt er nach § 96 GO-BT einen eigenen Bericht zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 vor.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 53. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 43. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 54. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 49. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur** hat in seiner 51. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Zu Buchstabe b

Der **Innenausschuss** hat in seiner 59. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz hat** in seiner 73. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 58. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 60. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 53. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Der **Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 43. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 54. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 in geänderter Fassung anzunehmen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 49. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Der **Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur** hat in seiner 51. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Zu Buchstabe c

Der **Innenausschuss** hat in seiner 59. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/5369 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 54. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/5369 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 56. Sitzung am 30. September 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/5369 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 47. Sitzung am 1. Juli 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Drucksache 18/5372, zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/5369 sowie zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/5381 vorbehaltlich der Überweisung aller drei Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 48. Sitzung am 7. September 2015 hat der Ausschuss die Beratungen über die drei Vorlagen aufgenommen. Die Anhörung fand in der 49. Sitzung am 7. September 2015 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen ACHSE e. V., AOK-Bundesverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und – Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Medizintechnologie e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Dachverband anthroposophischer Medizin in Deutschland e. V. (D.A.M.i.D), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Praxisklinikgesellschaft e. V. (PKG), Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V. (DIHK), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF), Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD), GKV-Spitzenverband, IKK e. V. Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Initiative Qualitätsmedizin e. V. (IQM), Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e. V. (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD), Malteser Hilfsdienst e. V., Marburger Bund Bundesverband, Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD gemeinnützige GmbH, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) und Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA). Außerdem waren als Einzelsachverständige Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Walter Popp, Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Prof. Dr. Michael Simon und Dr. Pia Wieteck eingeladen.

Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen über die drei Vorlagen sowie den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/5867, der zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD auf Drucksache 18/5372 wortgleich ist, in seiner 57. Sitzung am 4. November 2015 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen.

Der Ausschuss empfiehlt einvernehmlich, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/5867 für erledigt zu erklären.

Außerdem empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/5369 abzulehnen.

Darüber hinaus empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/5381 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5372 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

Der Versorgungszuschlag wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Das Mittelvolumen des Versorgungszuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro wird auf die Pflegedienstpersonalkosten verteilt und den Krankenhäusern als Pflegezuschlag dauerhaft zur Verfügung gestellt. So erhalten die Krankenhäuser einen Anreiz, auf den Abbau von Pflegekräften zu verzichten. Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden hälftig von den Kostenträgern refinanziert. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts entfällt die vorgesehene Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung, der Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und des ambulanten Verlagerungspotentials. Die absenkende Berücksichtigung von Ausgabensteigerungen bei Leistungen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, entfällt ebenfalls. Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) wird auf drei Jahre verkürzt. Die unverzichtbaren Ausnahmen vom FDA werden im Gesetzestext aufgeführt. Bei nicht mengenanfälligen Leistungen, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren sind, ist nur ein hälftiger FDA zu erheben. Bei einem Rückgang der vereinbarten Mehrleistungen ist der FDA zu reduzieren.

Auf stationäre Krankenhausleistungen von Akutkliniken sowie psychiatrischen Häusern, soweit die Kosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz getragen werden, finden auf Verlangen des Krankenhauses der Mehrerlösausgleich sowie der Mehrleistungsabschlag keine Anwendung.

Als Ziel des Orientierungswerts wird präzisiert, dass er die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wieder zu geben hat. Die Wohnortangaben bei den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes werden verbessert in-dem zukünftig auf den Stadtteil anstelle des Stadtbezirks abgestellt wird. Bei den vom Bundeskartellamt für Zwecke der Fusionskontrolle anforderbaren Daten nach § 21 wird konkretisiert, dass die Daten begrenzt auf die von einer möglichen Fusion betroffenen Krankenhäuser angefordert werden können.

Die Regelungen zur Organisation des Notdienstes werden ergänzt und weiterentwickelt. Kassenärztliche Vereinigungen sollen zukünftig entweder „Portalpraxen“ in bzw. an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten oder die Notfallambulanzen über entsprechende Vertragsvereinbarungen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden. Die Umsetzungsverpflichtung zur Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen mit Krankenhäusern auf regionaler Ebene – auf der Grundlage ggf. bestehender Empfehlungen wird angepasst. Der ergänzte Bewertungsausschuss wird beauftragt, die Vergütung im EBM nach dem Schweregrad des Notfalls bis zum 31. Dezember 2016 zu überprüfen und entsprechend anzupassen. Der Investitionsabschlag bei der Vergütung ambulanter Leistungen des Krankenhauses wird ganz gestrichen.

Die Länder erhalten einen erleichterten Zugang zu den Mitteln des Strukturfonds. Bei der Ermittlung des maßgeblichen Investitionsniveaus werden bei den neuen Ländern die von den Sozialversicherungsträgern in den Jahren bis 2014 nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes aufgebrachten Mittel für die Investitionskostenförderung nicht berücksichtigt. Für das in den Jahren 2016 bis 2018 beizubehaltende Investitions-niveau kann der Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 oder die Höhe im Jahr 2015 bereitgestellten Mittel zur Investitionsförderung herangezogen werden.

Um einen wirksamen Abbau von Überkapazitäten zu ermöglichen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, sich an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses zu beteiligen. Zu diesem Zweck können sie eine entsprechende Vereinbarung mit dem Krankenhausträger schließen. Die Rückforderung bereits gewährter Landesmittel ist ausgeschlossen. Die Beteiligung kann ergänzend zur Förderung durch Mittel des Strukturfonds erfolgen.

Das Hygieneförderprogramm wird (bis auf die Fördertatbestände für hygienebeauftragte Ärzte) um weitere drei Jahre (2017 bis 2019) verlängert und um den Bereich der Infektologie erweitert.

Die Lücke in der pflegerischen Versorgung von Versicherten mit einer schweren Krankheit oder bei einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, die nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig sind und nicht (oder noch nicht) pflegebedürftig sind, wird durch eine Erweiterung der Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie einen neuen Anspruch auf Kurzzeitpflege geschlossen.

Das Verhältnis von Qualitätsabschlägen zum Vergütungsausschluss wird klargestellt. Bei Nichteinhaltung von verbindlichen Mindestvorgaben der Qualität bleibt entsprechend der geltenden Rechtslage die Rechtsfolge des Verstoßes der Vergütungsaus-schluss. Außerdem wird die Anwendung der Qualitätsabschläge zeitlich auf höchstens drei Jahre befristet. Bei fortbestehenden Qualitätsmängeln erfolgt ein Vergütungsaus-schluss und es greifen Rechtsfolgen für den Versorgungsvertrag sowie planungsrechtliche Konsequenzen.

Für belegärztliche Leistungen im Krankenhaus wird die Geltung der Vorgaben für die stationäre Qualitätssicherung angeordnet, solange der Gemeinsame Bundesausschuss keine gleichwertige ambulante oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung geregelt hat.

Der Anwendungsbereich der Zuschlagsregelung für neue kostenaufwändige Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wird präzisiert. Danach sind nur solche Mehrkosten zuschlagsfähig, die den Krankenhäusern unmittelbar durch Qualitätsvorgaben der Struktur- und Prozessqualität entstehen, die noch nicht im DRG-System berücksichtigt sind.

Über die einzelnen Änderungsanträge zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge Nummer 1 und 2 sowie 4 bis 40 auf Ausschussdrucksache 18(14)0141.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 3 auf Ausschussdrucksache 18(14)0141.1 zur Möglichkeit für Palliativstationen oder -einheiten, krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren, wurde einstimmig angenommen.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5372 lag dem Ausschuss für Gesundheit eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss um eine Stellungnahme gemäß § 109 GO-BT gebeten hat.

Die Petentin forderte ein Gesetz zur Personalbemessung in Krankenhäusern, das regeln solle, dass der reale Personalbedarf ermittelt werde und die benötigten Stellen in allen Bereichen des Krankenhauses geschaffen und zweckgebunden außerhalb der Fallpauschalen finanziert werden. Dem Anliegen der Petentin wurde nicht entsprochen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, man stehe im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Krankenhaussektor im Besonderen vor großen Herausforderungen. Dazu gehöre der demografische Wandel und die Zunahme von Demenz- und Krebsfällen. Da der Krankenhaussektor den größten Kostenblock darstelle, wolle man mit dem

Gesetz die Strukturen in Richtung noch größerer Wirtschaftlichkeit und Qualität verbessern. Der Bund sei insbesondere beim Thema Erlösstrukturen gefragt, um zum Beispiel die Tarifschere zu verringern. In den Krankenhäusern seien teilweise Defizite entstanden, weil einige Tarifabschlüsse höher ausgefallen seien als die Veränderungsraten. Man löse dieses Problem nun, indem in der Zukunft in diesem Fall 50 Prozent von der GKV übernommen würden. Der Bereich der Bedarfsplanung werde ebenfalls aufgegriffen, obwohl die Länder hier die Hoheit hätten. Man richte einen mit einer Milliarde Euro ausgestatteten Strukturfonds ein, mit dem die Krankenhausträger in die Lage versetzt werden sollten, ihre Strukturen durch Fusionen bis hin zu Krankenhausschließungen an die Zukunft anzupassen. Bei der Bedarfsplanung werde außerdem erstmals die Qualität berücksichtigt, indem die Krankenhausentgelte ein Stück weit an die Qualität gekoppelt würden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz leiste man einen wichtigen Schritt, um den Sektor zukunftsfähig zu machen. Es bleibe die offene Flanke der Investitionskostenfinanzierung. Daher appelliere man an die Bundesländer, für die Investitionen ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen. Dies sei der einzige Bereich, den die Krankenhäuser nicht durch eigenes unternehmerisches Handeln finanzieren könnten.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, man sichere mit dem Gesetz die Krankenhausversorgung in Deutschland. Dies sei notwendig geworden, nachdem bisher zu wenig in Bezug auf die Herausforderungen des demografischen Wandels unternommen worden sei. Es würden durch den Infrastrukturfonds die Voraussetzungen geschaffen, um in den Bundesländern wichtige strukturelle Änderungen herbeizuführen. Man habe Regelungen getroffen, um den Pflegenotstand in den Krankenhäusern zu beheben, und zwar nicht nur „als Tropfen auf den heißen Stein". Mit mehreren Instrumentarien wie dem Pflegestellen-Förderprogramm und dem Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro pro Jahr seien Verbesserungen herbeigeführt worden. Eine Expertenkommission werde mit der Aufgabe betraut, zu prüfen, ob der Pflegebedarf bei der Vergütung der Krankenhausleistungen richtig abgebildet werde. Abhängig vom Prüfergebnis sollten dann auch Vorschläge unterbreitet werden, wie der Pflegebedarf gegebenenfalls sachgerecht abgebildet werden könne. Insgesamt sei es gelungen, die Situation der Pflegerinnen und Pfleger und damit auch die der Patienten nachhaltig zu verbessern. Durch mehr Transparenz und die Verbesserung der Qualität würden die Patientenrechte gestärkt.

Die **Fraktion DIE LINKE.** führte aus, dass sie dem neuen Gesetz kritisch gegenüber stehe. Es gehe grundsätzlich in eine falsche Richtung, da sich der Umbau des Gesundheitswesens an Marktmechanismen orientiere und angelehnt sei an eine Produktionslogik aus der Industrie. Der Umstand, dass Krankenhäuser mittlerweile als Unternehmen agierten – entweder als Beitrag zur Kostendeckung oder zur Profitmaximierung – verstoße gegen das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes. Die Fraktion erklärte darüber hinaus, die Änderungsanträge zeigten, dass sich der Protest der Betroffenen gelohnt habe. Allerdings werde über die Umwandlung des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag lediglich ein Korrektiv im Rahmen des Pflegenotstandes eingeführt. Es werde weiterhin eine Überlastung des Pflegepersonals und damit eine Gefährdung der Patienten geben. Das Gesetz reiße dieses Problem lediglich an, ohne es zu lösen. Mit eigenen Anträgen fordere man die Einführung eines Personalbemessungsinstruments für das Pflegepersonal sowie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung in Richtung Gemeinwohlorientierung. Zum Thema Pflegepersonalnotstand gebe es bekanntlich eine Petition, für die mittlerweile über 160.000 Unterschriften gesammelt worden seien, so dass es dazu eine Anhörung geben werde. Man könne nicht weiter zusehen, dass in manchen Krankenhäusern nachts eine einzige Pflegekraft mit 40 Schwerstkranken allein gelassen werde.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** konstatierte, dass die Reform insgesamt halbherzig sei. Zwar ergreife das Gesetz interessante Maßnahmen, jedoch würden wichtige Probleme nicht angegangen. Es fehle unter anderem an einer Reform der Investitionsfinanzierung. Die Fraktion schlage vor, von Seiten des Bundes mehr Initiative zu entwickeln, die Länder zum Nachkommen ihrer Investitionsverpflichtung zu bewegen. Dies sei Grundvoraussetzung für eine entscheidende Änderung der wirtschaftlich schwierigen Situation der Häuser. Ferner fehle es an einer stringenten Reform der Krankenhausplanung, die in eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung eingebettet werden müsse. Zwar versuche die Bundesregierung mittelbar über Qualitätsplanungskriterien darauf Einfluss zu nehmen, allerdings seien die Indikatoren dafür bislang nicht entwickelt und zudem für die Länder optional. Ferner stellte die Fraktion fest, dass die Vorschläge für eine Regulierung des Pflegenotstandes zu kurz griffen, da die Bundesregierung es in den letzten Jahren versäumt habe, Personalbemessungsinstrumente und ein

valides System der Pflegefinanzierung im Krankenhaus zu entwickeln. Auch sei die Umwandlung des Versorgungs- in einen Pflegezuschlag lediglich die Beibehaltung des Status quo, ohne die Verwendung der Gelder jedoch an definitive Voraussetzungen und Zielvorgaben zu koppeln.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5372 empfiehlt, wird auf die Begründung in der Drucksache verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 8 KHG)

Zu Absatz 1b

Die Regelung stellt sicher, dass ein unzureichendes Qualitätsniveau auch im Abschlagssystem nicht dauerhaft toleriert werden kann. Durch die inhaltliche Verknüpfung mit der Regelung in § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes wird erreicht, dass nach Ablauf einer Frist von höchstens drei Jahren mit Qualitätsabschlägen planungsrechtliche Konsequenzen bezüglich der betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche zu ziehen sind. Dabei wird das erste Jahr, in welchem dem Krankenhaus die Chance eingeräumt war, die Qualitätsmängel abzustellen (Bewährungsjahr), im Nachhinein als Jahr mit erhobenem Qualitätsabschlag gezählt, wenn wegen des Fortbestehens dieser Mängel im zweiten Jahr der doppelte Qualitätsabschlag (§ 5 Absatz 3a Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes) erhoben wurde. Außerdem wird mit der Änderung klargestellt, dass es für die planungsrechtlichen Konsequenzen nicht auf die Vereinbarung, sondern auf die tatsächliche Erhebung von Qualitätsabschlägen ankommt.

Zu Absatz 1c

Die Vorschrift enthält eine klarstellende Regelung für den Fall, dass ein Land die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses für seinen Bereich zwar ausgeschlossen, im Landesrecht aber eigene Qualitätsvorgaben geregelt hat, die Nichterfüllung dieser Vorgaben zu den in den Absätzen 1a und 1b vorgesehenen planungsrechtlichen Konsequenzen führt. Für den Fall des Ausschlusses der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses können die Länder im Rahmen eigener Qualitätsvorgaben etwa selbst regeln, dass die mehrfache Erhebung von Qualitätsabschlägen zum Ausscheiden aus dem Krankenhausplan führt.

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§§ 12,15 KHG)

Zu Artikel 1 Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 15 KHG.

Zu § 12 Absatz 1 Satz 4

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung in Nummer 2 Buchstabe b und Korrektur eines redaktionellen Versehens.

Zu § 12 Absatz 1

Die Änderung dient der Klarstellung, dass zu den förderungsfähigen Kosten auch der Schuldendienst aus einem Darlehen gehört, das ein Krankenhausträger aufgenommen hat, um ein förderungsfähiges Vorhaben zu finanzieren. Dies ist sachgerecht, da auch im Rahmen der Investitionskostenförderung nach dem KHG der Schuldendienst in Bezug auf derartige Darlehen den Investitionskosten gleichgestellt ist (§ 2 Nummer 3 Buchstabe b KHG). Dies entspricht auch der Förderpraxis in den Ländern. Hierdurch wird ermöglicht, dass mit den Mitteln des Strukturfonds die Förderung einer größeren Zahl von Vorhaben initiiert werden kann als wenn nur die unmittelbaren Kosten eines Vorhabens finanziert würden.

Zu § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3

Die Änderung stellt zum einen klar, dass bei der Ermittlung des maßgeblichen Investitionsniveaus in den neuen Ländern die von den Sozialversicherungsträgern in den Jahren bis 2014 nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes aufgebrachten Mittel für die Investitionskostenförderung nicht berücksichtigt werden. Dies ist sachgerecht, da die neuen Länder andernfalls in den Jahren 2016 bis 2018 erheblich höhere Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung aufbringen müssten als in den Jahren 2012 bis 2014, um die weggefallenen Mittel nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes zu kompensieren. Die Regelung in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a sollte jedoch nicht zu Mehr-belastungen der Länder führen, sondern lediglich sicherstellen, dass diese die Höhe ihrer bisher aufgewendeten Haushaltsmittel für Investitionskostenförderung in den Jahren 2016 bis 2018 beibehalten.

Außerdem soll vermieden werden, dass Haushaltsnotlagenländer keinen Zugang zu den Mitteln des Strukturfonds haben sowie die Länder, deren Ausgaben für die Investitionskostenförderung in den Jahren 2016 bis 2018 den Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 deswegen nicht erreichen, weil sie in diesem Zeitraum überdurchschnittlich hohe Mittel für die Investitionskostenförderung aufgewendet haben und damit unter Umständen bereits einen Teil des Umstrukturierungsbedarfs im Krankenhaussektor finanziert haben. Diese Länder hätten andernfalls keine Möglichkeit, Mittel aus dem Strukturfonds für die Förderung weiterer Umstrukturierungsmaßnahmen zu erhalten. Daher wären sie gegen-über den Ländern benachteiligt, die erst nach 2015 mit der Förderung von Umstrukturierungsmaßnahmen beginnen. Aus diesem Grund sollen Mittel aus dem Strukturfonds auch dann beantragt werden können, wenn in den Jahren 2016 bis 2018 mindestens die gleichen Haushaltsmittel für Investitionskostenförderung aufgewendet werden wie im Jahr 2015.

Zu § 12 Absatz 2 Satz 2

In den Krankenhausgesetzen der Länder ist vielfach vorgesehen, dass das Land im Fall der Schließung eines Krankenhauses in der Vergangenheit gezahlte Mittel zur Förderung von Investitionskosten zurückfordern kann. Macht ein Land hiervon Gebrauch, würde der zurückzuzahlende Betrag die Schließungskosten entsprechend erhöhen. Es steht aber im Ermessen der Länder, auf die Rückforderung zu verzichten. Die Änderung bewirkt, dass eine Förderung von Schließungskosten mit den Mitteln des Strukturfonds nicht in Betracht kommt, soweit das antragstellende Land anlässlich der betreffenden Krankenhausschließung Investitionsmittel zurückfordert. Dabei kann der Verzicht auf die Rückforderung nicht als Eigenanteil des Landes bei der Beantragung von Mitteln des Strukturfonds geltend gemacht werden. Andernfalls würden die Mittel des Strukturfonds dazu verwendet, die Rückforderungsansprüche der Länder zu befriedigen.

Zu § 12 Absatz 2 neuer Satz 4

Es handelt sich um die Klarstellung, dass Auszahlungen aus dem Strukturfonds nicht zeitlich befristet sind, sondern solange erfolgen können, bis die zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft sind. Insbesondere kann den gesetzlichen Regelungen, wonach die Länder in den Jahren 2016 bis 2018 Mittel für Investitionskostenförderung in mindestens gleicher Höhe bereitzustellen haben wie in den Jahren 2012 bis 2014 nicht entnommen werden, dass Auszahlungen aus dem Strukturfonds nur bis 2018 möglich sind. Die Klarstellung ist insbesondere von Bedeutung bei umfangreichen und lang laufenden Vorhaben, zu deren Finanzierung auch in den Jahren nach 2018 noch Mittel aus dem Strukturfonds benötigt werden.

Zu § 15 neu

Ausweislich des im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erstellten Gutachtens zur Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern aus dem Jahr 2014 betragen die Kosten der Schließung eines Krankenhauses ca. das 1 bis 1,5-fache des Jahresbudgets eines Krankenhauses, in Extremfällen aber auch das 2,5-fache. Wie in diesem Gutachten dargestellt, gehören zu den wesentlichen Gründen hierfür die Kosten für die erforderlichen Maßnahmen im Personalbereich, wie etwa für Abfindungen, Sozialpläne und Ablösezahlungen an Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung. Die Höhe der anfallenden Beträge führt zu erheblichen Belastungen der Krankenhausträger, die von möglichen Fördermitteln des Landes nach § 9 Absatz 2 Nummer 5 nicht annähernd aufgefangen werden, da diese Fördermittel pauschal, ohne Bezug auf die Höhe der im Einzelfall entstehenden Schließungskosten gewährt werden. Um einen wirksamen Abbau von Überkapazitäten zu ermöglichen,

erhalten die Kostenträger einschließlich der Unternehmen der privaten Krankenversicherung ergänzend zur Förderung von Krankenhausschließungen durch den Strukturfonds die Möglichkeit, sich auf eindeutiger Rechtsgrundlage an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses zu beteiligen. Zu diesem Zweck können sie eine entsprechende Vereinbarung mit dem Krankenhausträger schließen. Dies gilt aber nur im Fall der vollständigen Schließung eines Krankenhauses, die Schließung von Teilen eines Krankenhauses, wie die Schließung einer einzelnen Abteilung oder Fachrichtung, reicht hierfür nicht, da hiervon kein ausreichend wirksamer Beitrag für den Abbau von Überkapazitäten ausgeht. Der Abschluss einer solchen Vereinbarung steht allerdings unter dem Vorbehalt, dass das jeweilige Land auf die Rückzahlung von in der Vergangenheit an das Krankenhaus gezahlten Investitionsfördermitteln verzichtet, da andernfalls die Rückzahlungsverpflichtung aus Mitteln der Krankenkassen erfüllt würde.

Bei der Vertragsgestaltung haben die Vertragspartner zu berücksichtigen, ob und inwieweit die Schließung des betroffenen Krankenhauses bereits aus Mitteln des Strukturfonds gefördert wird. Die Höhe der aus dem Strukturfonds zur Verfügung gestellten Mittel ist bei der Vereinbarung des Umfangs der Beteiligung der Kostenträger anzurechnen.

Spürbare Mehrausgaben für die Krankenkassen sind durch die vorgesehenen Vereinbarungen nicht zu erwarten. Durch die Schließung nicht mehr bedarfsgerechter und defizitär arbeitender Krankenhäuser sind Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe zu erwarten.

Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a (§17b KHG)

Zu Absatz 1

Es handelt sich um Änderungen, die erforderlich sind, weil sich einzelne Änderungsbefehle im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung und im Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutsch-land auf gleiche Textstellen beziehen, aber § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes neu gefasst wird.

Die Möglichkeit für Palliativstationen oder -einheiten, als besondere Einrichtungen kranken-hausindividuelle Entgelte zu vereinbaren, sowie die Ermöglichung eines Zusatzentgelts für Palliativdienste werden bereits mit dem zeitlich früher in Kraft tretenden Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland etabliert. Die hier vorgenommenen Ergänzungen sind inhaltlich identisch.

Zu Absatz 1a Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Artikel 2 Nummer 4 (§ 4 Absatz 2b, Absatz 4, Absatz 8, Absatz 9 KHEntgG)

Zu Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 3)

Die Regelung führt zum einen abschließend Leistungen auf, die nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, und zum anderen von den Vertragsparteien auf Bundesebene festzulegende nicht mengenanfällige Leistungen, für die nur ein hälftiger Fixkostendegressionsabschlag gilt. Die in Nummer 1 festgelegten Ausnahmen umfassen zusätzliche Leistungen bei Transplantationen, bei Polytraumata, bei schwer brandverletzten Patienten und bei der Versorgung von Frühgeborenen, vereinbarte Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand, Leistungen von Zentren, denen krankenhausplanerisch besondere Aufgaben zugewiesen wurden, sowie Leistungen, deren Bewertung von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wird. Bislang sah der Gesetzentwurf nur eine beispielhafte Darstellung der Vereinbarungsmöglichkeiten der Vertragsparteien auf Bundesebene in der Gesetzesbegründung vor.

Nummer 2 nimmt Bezug auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen. Rechtsfolge bei einer Erbringung zusätzlicher Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen gelistet sind, ist, dass für diese Leistungen nur ein hälftiger Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden ist. Gesonderte Nachweise sind für diese Katalogleistungen nicht erforderlich.

Sofern Leistungen nicht bereits durch die Regelungen des Satzes 3 vom Abschlag ausgenommen sind (gesetzlicher Ausnahmenkatalog) oder nur dem halbiertem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen (Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6), können sie nach Satz 4 bei glaubhafter Darlegung, dass es sich um einen Leistungszuwachs handelt, der auf eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern im Einzugsgebiet des jeweiligen Krankenhauses zurück zu führen ist, ebenfalls von einem halbierten Fixkostendegressionsabschlag profitieren.

Zu Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 6)

Voraussetzung für die Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags ist, dass die Vertragsparteien vor Ort im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzliche Bewertungsrelationen für bundeseinheitlich bewertete DRG-Fallpauschalen im Erlösbudget vereinbaren. Zusätzlich ist Voraussetzung für den mehrjährig zu erhebenden Abschlag, dass gegenüber dem jeweils maßgeblichen Bezugsjahr zusätzliche Leistungen vereinbart werden.

Die Regelung in Satz 6 gewährleistet, dass dem Fixkostendegressionsabschlag bei vereinbarten Leistungsrückgängen, die z. B. durch personelle Wechsel oder umfassende Baumaßnahmen in einem Krankenhaus bedingt sind, nicht dauerhaft eine anfänglich höhere Leistungsvereinbarung zu Grunde gelegt wird. Vielmehr ist ein vereinbarter Leistungsrückgang mindernd bei der Bemessungsgrundlage für den Abschlag zu berücksichtigen. Wurde beispielsweise im ersten Jahr ein Leistungszuwachs von 1 000 Bewertungsrelationen vereinbart, so sind diese – unter Berücksichtigung von Ausnahmeregelungen – bei der Bemessungsgrundlage des Abschlags zu berücksichtigen. Wird im zweiten Jahr jedoch eine Leistungsverminderung gegenüber dem Vorjahr von 400 Bewertungsrelationen vereinbart, so ist die Bemessungsgrundlage für den Abschlag dementsprechend zu mindern. Im Beispiel ist also gegenüber dem Bezugsjahr der Leistungszuwachs auf nur 600 Bewertungsrelationen anzupassen. Sofern gegenüber dem Vorjahr keine zusätzlichen Leistungen vereinbart werden, wird kein neuer Fixkostendegressionsabschlag mit einer neuen Abschlagsdauer ausgelöst, vielmehr läuft der bisherige Abschlag angesichts der noch laufenden maßgeblichen Abschlagsdauer auf einer reduzierten Bemessungsgrundlage fort.

Wird während der maßgeblichen Abschlagsdauer das vereinbarte Leistungsniveau des Bezugsjahres wieder erreicht oder durch die Vereinbarung eines geringeren Leistungsniveaus sogar unterschritten, ist für das Vereinbarungsjahr kein Fixkostendegressionsabschlag zu erheben, da es an der Grundvoraussetzung der Vereinbarung zusätzlicher Leistungen fehlt.

Abweichungen zwischen den vereinbarten Leistungen und den tatsächlich abgerechneten Leistungen sind über die Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 abzuwickeln.

Zu Buchstabe e1 neu (§ 4 Absatz 4 KHEntgG)

Zur Entlastung der Krankenhäuser von administrativem Aufwand werden von allgemeinen Krankenhäusern erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen des Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet. Rechtsfolge ist, dass die Erlösausgleiche und der Mehrleistungsabschlag bzw. künftig der Fixkostendegressionsabschlag für die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Kosten von Ländern und Kommunen getragen werden, keine Anwendung finden. Nach dem neuen Satz 2 kann das einzelne Krankenhaus auch schon die Herausnahme von im Jahr 2015 erbrachten entsprechenden Leistungen aus dem Budget verlangen, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen. Das Krankenhaus kann zur Verhinderung von deshalb entstehenden Mehrerlösausgleichen sein Verlangen nachträglich gegenüber den an der Budgetverhandlung beteiligten Kostenträgern äußern.

Zu Buchstabe i (§ 4 Absatz 8 KHEntgG)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Pflegestellen-Förderprogramms, dass die Neueinstellung oder Aufstockung von Pflegepersonal auf Intensivstationen nicht gefördert wird, wird aufgehoben. Gerade im Bereich von Intensivstationen ist ein gute personelle Ausstattung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten von hohem Nutzen und daher erforderlich.

Zu Buchstabe j (§ 4 Absatz 9 KHEntgG)

Doppelbuchstabe aa (§ 4 Absatz 9 Satz 1 KHEntgG)

Das bisherige Hygieneförderprogramm wird um drei Jahre verlängert. Die Verlängerung des Hygieneförderprogramms ist erforderlich, um Krankenhäuser weiterhin bei der Personalgewinnung von entsprechend qualifiziertem Hygienepersonal zu unterstützen.

Die in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009) spezifizierten Voraussetzungen sind in vielen Krankenhäusern gegenwärtig noch nicht erfüllt (Bericht der Bundesregierung BT-Drucksache 18/3600). Durch die Verlängerung wird der Situation Rechnung getragen, dass entsprechend qualifiziertes Hygienepersonal kurzfristig nicht in dem erforderlichen Umfang am Arbeitsmarkt zur Verfügung steht.

Doppelbuchstabe bb (§ 4 Absatz 9 Satz 2 KHEntgG)

Mit Satz 2 Nummer 1 wird das Hygieneförderprogramm auf den Bereich Infektiologie erweitert. Dazu werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Weiterbildung zu Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie und die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte gefördert wird. Diese Förderung soll unabhängig von den Erfordernissen des Infektionsschutzgesetzes und der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention möglich sein. Durch diese Maßnahme wird der Situation Rechnung getragen, dass es für die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten mit Infektionen einer angemessenen Weiterbildung im Bereich der Infektiologie und einer ausreichenden Zahl von infektiologisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten bedarf (Stellungnahme der Kommission für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie vom 4. Juni 2015). Aus dem gleichem Grund werden auch vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal gefördert.

Mit Satz 2 Nummer 2 wird die Förderung für den Bereich der hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte bis zum Jahr 2016 beschränkt, da die vorhandenen Daten nahelegen, dass die personelle Ausstattung mit hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten bis Ende 2016 voraussichtlich gewährleistet werden kann.

Doppelbuchstaben cc und dd (§4 Absatz 9 Satz 5 KHEntgG)

Bei den Doppelbuchstaben cc und dd handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund des im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms neu eingefügten Satzes 2.

Doppelbuchstabe ee (§ 4 Absatz 9 Satz 6 KHEntgG)

Doppelbuchstabe ee gibt die redaktionelle Änderung des Gesetzentwurfs wieder.

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 5 Absatz 3a und Absatz 3c KHEntgG)

Zu Buchstabe d Absatz 3a

Die Ergänzung stellt sicher, dass die entgeltrechtliche Folge des § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 zu beachten ist, wonach nach höchstens dreijähriger Erhebung von Qualitätsabschlägen ein Vergütungsausschluss erfolgt.

Zu Buchstabe d Absatz 3c Satz 1

Die Präzisierung des Wortlauts stellt klar, dass die Zuschlagsregelung der zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten durch neue Mindestanforderungen zur Struktur- oder Prozessqualität dienen soll, die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten. Sinn und Zweck dieser Regelung ist es also, neue kostenaufwändige Qualitätsanforderungen abzudecken, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschließt. Davon erfasst sind insbesondere Mehrkosten durch Anforderungen an die personelle Ausstattung, wie etwa Personalschlüssel oder besondere Qualifikationserfordernisse des ärztlichen und pflegerischen Personals. Anwendbar ist die Zuschlagsregelung auch bei verbindlichen Prozessvorgaben, d. h. bei Festlegungen zu Abläufen bei Diagnose oder Behandlung, die wesentlichen finanziellen Aufwand verursachen können. Für die Einhaltung von sonstigen Festlegungen zur Qualität, z. B. von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136c Absatz 1 SGB V) oder für Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V), findet die Zuschlagsregelung dagegen keine Anwendung. Zielrichtung ist es vielmehr, die Umsetzung neuer besonders kostenaufwändiger Struktur- oder Prozessanforderungen wie sie etwa bei der letzten Änderung der Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) geregelt wurden, zu erleichtern. Eine Zuschlagsvereinbarung für Krankenhäuser, die eine geforderte Ergebnisqualität nicht erreichen, ist dem Wortlaut nach ausgeschlossen.

Zu Artikel 2 Nummer 6 (§ 6 Absatz 3 KHEntgG)

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe bb

Steigende Kosten durch Tarifabschlüsse, konkret aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen, werden zukünftig bezogen auf die Personalkosten hälftig von den Kostenträgern refinanziert, wenn die Tarifabschlüsse die maßgebliche Obergrenze für den Zuwachs der Erlössumme überschreiten. Mit dem neu gefassten Satz 5 wird für besondere Einrichtungen durch entsprechende Anwendung der anteiligen Tarifrefinanzierungsregelung nach § 18 Absatz 3 BPflV geregelt, dass die Erlössumme erhöhend zu berichtigen ist. Die Regelung ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Erlössumme angesichts eines niedrigeren Personalkostenanteils als im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nicht um 40 Prozent, sondern wie bei allgemeinen Krankenhäusern um ein Drittel der vereinbarten Erhöhungsrate zu berichtigen ist. Dabei ist eine Doppelfinanzierung von Tarifkostensteigerungen, einerseits im Rahmen der krankenhausindividuellen Entgeltvereinbarung und andererseits durch die Vorgaben einer anteiligen Tarifrefinanzierung, zu vermeiden.

Zu Artikel 2 Nummer 8 (§ 8 Absatz 4 und Absatz 10 KHEntgG)

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Die Anwendung der Qualitätsabschläge wird zeitlich auf höchstens drei Jahre befristet, um zu verdeutlichen, dass ein unzureichendes Qualitätsniveau auch im Abschlagssystem nicht dauerhaft toleriert werden kann. Gelingt es dem Krankenhaus auch nach dem Bewährungsjahr und zweijähriger Belegung mit Qualitätsabschlägen – also in insgesamt 3 Jahren infolge – nicht, die festgestellten Qualitätsmängel zu beheben, erfolgt nach der Regelung ein Vergütungsausschluss. Das Bewährungsjahr wird bei Fortbestehen des Qualitätsmangels wegen der doppelten Abschlagserhebung im zweiten Jahr nach Satz 5 dabei als Jahr mit Qualitätsabschlag gezählt. Durch die Regelung wird die qualitativ unzureichende Leistung, die über einen Zeitraum von drei Jahren nicht die geforderte Qualität erreicht, einem Verstoß gegen Mindestanforderungen der Qualität gleichgestellt. Diese Rechtsfolge des Vergütungsausschlusses ist insbesondere im Hinblick auf den notwendigen Schutz der Patientinnen und Patienten vor einer nicht nur vorrübergehend unzureichenden Versorgungsqualität gerechtfertigt. Neben diesem Vergütungsausschluss sehen die Regelungen in den §§ 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 110 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Folgen für die Versorgungsverträge sowie § 8 Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes planungsrechtliche Konsequenzen für die Fälle vor, in denen die Qualitätsmängel nach dreijähriger Erhebung von Qualitätsabschlägen fortbestehen.

Der Vergütungsausschluss bei Nichteinhaltung von Mindestmengen ist lediglich redaktionell angepasst, inhaltlich aber ohne Änderung übernommen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe bb neu

Sofern bei einer oberhalb der Obergrenze liegenden Tarifsteigerung mit der Folge einer anteiligen Tarifrefinanzierung bereits der Landesbasisfallwert vereinbart wurde, ohne dass die anteilige Tarifrefinanzierung erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt wurde, ist nach dem geänderten Satz 2 der Versorgungszuschlag unterjährig und begrenzt für das jeweilige Kalenderjahr zu erhöhen. Dabei ist der von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte Zeitpunkt für die erstmalige Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrate zu berücksichtigen. Durch die zeitlich befristete unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 können Tariflohnsteigerungen zeitnah berücksichtigt werden, ohne dass der Landesbasisfallwert für das jeweilige Jahr neu vereinbart werden muss. Diese Vorgehensweise hat sich bereits bei der Berücksichtigung von Tariflohnsteigerungen für das Jahr 2013 bewährt. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfall-werts für das Folgejahr sind dann die Mittel für die anteilige Tarifrefinanzierung erhöhend zu berücksichtigen; der Zuschlag nach § 8 Absatz 10 wird nur unterjährig und nicht dauerhaft erhöht.

Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 9 KHEntgG)

Zu Buchstabe a Absatz 1

Zu Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG)

Die Regelung definiert die Aufgabenstellungen für die Vertragsparteien auf Bundesebene im Zusammenhang mit dem Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13. Zu den Aufgaben gehört es, erstmals bis zum 31. Juli 2016 einerseits einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen, für die nur ein hälftiger Fixkostendegressionsabschlag Anwendung findet, sowie andererseits nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags zu vereinbaren.

Der von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2016 zu vereinbarende Kata-log nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen hat Leistungen zu umfassen, bei denen im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung die Gefahr einer Indikationsausweitung ausgeschlossen werden kann (z. B. Geburten). Können sich die Vertragsparteien nicht auf den Katalog einigen, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei. Rechtsfolge für die in den Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen aufgenommenen Krankenhausleistungen ist, dass diese Leistungen nur hälftig in die Bemessungsgrundlage für den Fixkostendegressionsabschlag eingehen. Hierdurch werden Leistungszuwächse aufgrund von Spezialisierung und sehr guter stationärer Versorgung gefördert.

Zu Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG)

Mit § 9 Absatz 1 Nummer 7 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, eine Erhöhungsrate für Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich zu ermitteln. Die Rate ist immer dann zu ermitteln, wenn die maßgeblichen Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich den Veränderungswert nach § 10 Absatz 4 übersteigen. Die Maßstäbe für die Ermittlung der maßgeblichen Tarifrate werden durch § 10 Absatz 5 vorgegeben. Für die hieraus nach § 10 Absatz 5 Satz 5 abzuleitende anteilige Erhöhungsrate haben die Vertragsparteien auf Bun-desebene zudem den Zeitpunkt für die erstmalige Abrechnung zu vereinbaren.

Zu Absatz 1a Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Präzisierung des Wortlautes von § 5 Absatz 3c.

Zu Absatz 1b Satz 2

Redaktionelle Folgeänderung zur Streichung von § 10 Absatz 3 Satz 2.

Zu Artikel 2 Nummer 10 (§ 10 KHEntgG)

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb

Es bleibt bei der im Gesetzentwurf vorgesehenen Streichung von § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4. Darüber hinaus wird die Degression bei Leistungssteigerungen von nicht mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen abgeschafft (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5). Damit wird dem Ziel Rechnung getragen, die Mengendegression auf Ebene des Landesbasisfallwerts vollständig abzuschaffen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zur Konkretisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, d. h. Produktivitätsentwicklung, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen, wird verzichtet. In der Folge ist die Streichung des Satzes 2 eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung von § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4.

Zu Buchstabe c1 neu

Ab dem Jahr 2016 werden zukünftig tariflich für die jeweiligen Jahre vereinbarte Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen – bezogen auf die Personalkosten – hälftig finanziert, soweit die Auswirkungen dieser Vereinbarungen höher sind als die Obergrenze nach § 10 Absatz 4 Satz 1. Vergleichbare Regelungen wurden in der Vergangenheit bereits für die Jahre 2008, 2009, 2012 und 2013 getroffen. Die Regelung findet nunmehr grundsätzlich dauerhaft Anwendung. Die hälftige Finanzierung von vergütungstarifvertraglichen Personalkostensteigerungen ist in einen Finanzierungsanteil umzurechnen, der sich auf die Personal- und Sachkosten bezieht. Aufgrund eines im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser bestehenden Personalkostenanteils an den Gesamtkosten von rd. zwei Dritteln ist bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts die hälftige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen dementsprechend umzurechnen und in der Folge als letztlich maßgeblicher Wert ein Drittel der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Differenz zwischen der Obergrenze und den Tariflohnsteigerungen erhöhend zu berücksichtigen. Insoweit wirkt die Obergrenze nicht begrenzend, so dass der Landesbasisfallwert auch oberhalb der Obergrenze vereinbart werden kann.

Die Differenz zwischen der Obergrenze und den Tariflohnsteigerungen ist nach Satz 4 von den Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) zu vereinbaren und wird als Erhöhungsrate für Tariferhöhungen bezeichnet. Maßgeblich für die Ermittlung der Differenz ist nach Satz 3 für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten gilt. Der zu vereinbarende Landesbasisfallwert ist nach Satz 5 von den Vertragsparteien auf Landesebene um ein Drittel der Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate) zu erhöhen.

Sofern der Landesbasisfallwert bereits vereinbart wurde, ist nach Satz 6 die anteilige Tarifrefinanzierung durch unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 zeitnah zu berücksichtigen, ohne dass der Landesbasisfallwert neu vereinbart werden muss. Für die Erhöhung ist von den Krankenhäusern im jeweiligen Land der Differenzbetrag heranzuziehen, der sich durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate auf den Landesbasisfallwert (ohne Ausgleiche) errechnet. Zu berücksichtigen ist dabei zudem der von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte Zeitpunkt für die erstmalige Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrate. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts des Folgejahres ist nach Satz 7 die anteilige Erhöhungsrate von den Vertragsparteien erhöhend zu berücksichtigen. Durch dieses Verfahren ist gewährleistet, dass Tariflohnsteigerungen zeitnah und mit möglichst geringem Bürokratieaufwand berücksichtigt werden, da ein bereits vereinbarter Landesbasisfallwert für das jeweilige Jahr nicht neu vereinbart werden muss.

Die anteilige Tarifrefinanzierung nimmt eine strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor. Zusammen mit dem Pflegezuschlag, dem Pflegestellen-Förderprogramm und dem verlängerten und erweiterten Hygieneförderprogramm wird die Grundlage für eine Stabilisierung und, wo notwendig, nachhaltige Verbesserung der Krankenhausversorgung unter besonderer Berücksichtigung der pflegerischen Versorgung geschaffen.

Im Zusammenhang mit der für die Zeit ab dem Jahr 2018 vorzunehmenden Prüfung der alleinigen Anwendung des vollen Orientierungswerts wird auch die Tarifklausel überprüft. Sofern dann der Orientierungswert die Obergrenze bildet, sind zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung in den Folgejahren bereits im Rahmen einer anteiligen Tarifrefinanzierung berücksichtigte Kostenentwicklungen zu bereinigen.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe aa

Der Auftrag an das Statistische Bundesamt, den Orientierungswert für Krankenhäuser sachgerecht zu ermitteln, wird dahingehend präzisiert, dass der Orientierungswert nicht lediglich Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen hat, sondern dass er die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiederzugeben hat.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe cc

Im Zusammenhang mit der für die Zeit ab dem Jahr 2018 vorzunehmenden Prüfung der alleinigen Anwendung des vollen Orientierungswerts wird auch die Tarifklausel überprüft. Zugleich handelt es sich um eine Klarstellung, dass für die Zeit ab dem Jahr 2018 die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert zu prüfen ist.

Zu Buchstabe e1 neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der anteiligen Tarifrefinanzierung, die gewährleistet, dass im Falle einer anteiligen Tarifrefinanzierung, die noch nicht Eingang in den Landesbasisfallwert gefunden hat, diese auch bei der Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts (Bundesbasisfallwert) berücksichtigt wird.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms, die gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel des Hygieneförderprogramms bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2020 erhöhend zu berücksichtigen sind. Die Förderung der Personalkosten bei Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten wird durch die Änderungen am Hygieneförderprogramm bis zum Jahr 2016 beschränkt. Um dennoch auch bei hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten die bis dahin erfolgten Personalmaßnahmen dauerhaft zu fördern, sind die insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Zuschläge in den Landesbasisfallwert 2020 einzurechnen. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Personalmaßnahmen weiterhin krankenhausindividuell zu finanzieren.

Zu Buchstabe h Satz 1

Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlags wird von fünf auf drei Jahre verkürzt. Damit dies nicht zu Mehrkosten für die Kostenträger führt, ist die Abschlagshöhe von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene so zu vereinbaren, dass gegenüber der Fixkostendegression beim Landesbasisfallwert keine Mehrausgaben entstehen. Eine verkürzte Abschlagsdauer führt im Ergebnis zu einem höheren Fixkostendegressionsabschlag.

Zu Buchstabe h Satz 2

Die Regelung nimmt eine redaktionelle Folgeänderung zur gesetzlichen Festlegung des Katalogs der Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag vor.

Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 21 KHEntgG)

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c Doppelbuchstabe ee

Ein Stadtbezirk kann als Verwaltungseinheit oder als statistische Einheit mehrere Stadt- oder Ortsteile umfassen. Insoweit dient das Abstellen auf einen Stadtteil anstatt auf einen Stadtbezirk der Präzisierung der Wohnortangaben. Gleichzeitig wird eine direkte Vergleichbarkeit mit der regionalen Gliederung in der Krankenhausstatistik-Verordnung ermöglicht, die für die Krankenhausdiagnosestatistik ebenfalls auf den Stadtteil als statistische Einheit abstellt.

Für die auskunftspflichtigen Krankenhäuser entsteht kein zusätzlicher Aufwand, da die Angaben in den Krankenhausinformationssystemen zur Patientenverwaltung und Dokumentation in dieser Form vorliegen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe ee Doppelbuchstabe ff

Die bisherige Regelung sieht vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dem Bundeskartellamt auf Anforderung Auswertungen zu dort vorliegenden Krankenhausdaten zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) zur Verfügung zu stellen hat. Nunmehr wird die Vorschrift insoweit konkretisiert, dass das Bundeskartellamt anlassbezogen für Zwecke der Fusionskontrolle begrenzt auf die von einer beabsichtigten Fusion möglicherweise betroffenen Krankenhäuser Daten anfordern kann. Dabei bezieht sich die Anforderung des Bundeskartellamts wie bisher auf Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und d und Nummer 2 Buchstabe b, d, e, g und h. Die anforderbaren Daten umfassen damit auch Informationen zu den abgerechneten DRG-Fallpauschalen. Demgegenüber kann zukünftig auf die Anforderung und Übermittlung von personenbezogenen Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe f, die Diagnosen, Operationen und Prozeduren umfassen, verzichtet werden, da diese für Zwecke der Fusionskontrolle verzichtbar sind. Das Bundeskartellamt fordert vom InEK Daten der Krankenhäuser, die von einem konkreten Fusionskontrollverfahren betroffen sind. Das sind die am beabsichtigten Zusammenschluss Beteiligten und die von den Auswirkungen des beabsichtigten Zusammenschlusses ggf. betroffenen, überwiegend die umliegenden Krankenhäuser. Die Datenuntermengen sind dem Bundeskartellamt anschließend innerhalb der für die Fusionskontrolle relevanten Fristen zu übermitteln. Durch die Übermittlung der dem InEK vorliegenden Daten werden die Krankenhäuser bei den bisher praktizierten Abfragen des Bundeskartellamts auf der Grundlage des § 59 GWB erheblich entlastet.

Mit der Streichung der gesonderten Datenauswertungen für das Bundeskartellamt entfällt auch die Regelung, dass das InEK dem Bundeskartellamt den entstehenden Aufwand für die Auswertung in Rechnung stellen kann. Der im Zuge einer Datenbereitstellung entstehende Aufwand des InEK ist mit dem DRG-Systemzuschlag abzudecken.

Zu Artikel 3 (§ 7 Absatz 1 und § 8 Absatz 10 KHEntgG)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der ab dem Jahr 2017 erfolgenden Ersetzung des Versorgungszuschlags durch den Pflegezuschlag (siehe dazu Nummer 2).

Zu Nummer 2

Zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung und als Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung wird den allgemeinen Krankenhäusern ab dem Jahr 2017 ein Pflegezuschlag gezahlt. Da der Pflegezuschlag von der Höhe der krankenhausindividuell entstandenen Personalkosten für Pflegepersonal abhängt, wird mit dem Pflegezuschlag ein Anreiz gesetzt, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten. Damit ergänzt der Zuschlag das Pflegestellen-Förderprogramm, das auf die Neueinstellung und Aufstockung von Stellen im Pflegedienst abstellt. Zusammen mit der anteiligen Tarifrefinanzierung und dem verlängerten und erweiterten Hygieneförderprogramm wird hiermit die Grundlage für eine Stabilisierung und, wo notwendig, nachhaltige Verbesserung der Krankenhausversorgung unter besonderer Berücksichtigung der pflegerischen Versorgung geschaffen. Der Pflegezuschlag ist nach Satz 1 für alle ab dem 1. Januar 2017 aufgenommenen vollstationären Krankenhausfälle zu berechnen. Anders als beim Versorgungszuschlag bezieht der Pflegezuschlag im Interesse einer möglichst unbürokratischen Abwicklung nicht zusätzlich teilstationäre Fälle mit ein. Auf die nach Satz 3 bestimmte Höhe der jährlichen Fördersumme für das einzelne Krankenhaus hat dies jedoch keinen Einfluss. Der Zuschlag ist gesondert in der Rechnung auszuweisen.

Für jedes allgemeine Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 eine jährliche Fördersumme zu vereinbaren, die dann über den fallbezogenen Pflegezuschlag im Jahresverlauf ausgezahlt wird. Die jährlich neu zu bestimmende Fördersumme des einzelnen Krankenhauses errechnet sich nach Satz 3 aus dem Anteil seiner Pflegepersonalkosten an den Pflegepersonalkosten aller allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland. Durch die Anwendung des so ermittelten Pflegepersonalkostenanteils des einzelnen Krankenhauses auf das bundesweit zur Verfügung stehende Fördervolumen von 500 Millionen Euro ergibt sich der Betrag, den das einzelne Krankenhaus

für das Vereinbarungsjahr erhält. Der Betrag wird mittels des fallbezogenen Pflegezuschlags nach Satz 1 ausbezahlt.

Die Höhe des fallbezogenen Pflegezuschlags eines Krankenhauses ist von den Vertragspartei-en nach § 11 im Rahmen der Verhandlung des Erlösbudgets und der Erlössumme festzulegen. Hierzu wird nach Satz 2 die nach Satz 3 ermittelte krankenhausindividuelle Fördersumme durch die Zahl der erwarteten vollstationären Fälle dividiert, die die Vertragsparteien für den Vereinbarungszeitraum des Erlösbudgets und der Erlössumme vereinbart haben. Für die DRG-Fälle ist die vereinbarte Zahl der Fälle dem Abschnitt E1 der Anlage 1 zum Krankenhausentgeltgesetz zu entnehmen. Wurde das Budget durch die Schiedsstelle festgesetzt, ist die der Schiedsstellenentscheidung zu Grunde liegende Fallzahl heranzuziehen.

Nach Satz 4 sind für die Ermittlung der Fördersumme je Krankenhaus einerseits für die deutschlandweiten Pflegepersonalkosten die vom Statistischen Bundesamt im Kostennachweis der Krankenhäuser ausgewiesenen Werte für die Pflegepersonalkosten aller Allgemein-krankenhäuser heranzuziehen (Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, 3.1 Kostenarten nach Krankenhaustypen, laufende Nummer 19) und andererseits die entsprechenden Pflegepersonalkosten jedes einzelnen Krankenhauses, die an die Statistischen Landesämter gemeldet wurden und in den Kostennachweis für dasselbe Jahr eingegangen sind. Grundlage der Statistik sind die nach § 3 Satz 1 Nummer 18 der Krankenhausstatistik-Verordnung für Personalkosten für den Pflegedienst übermittelten Beträge nach den Konten 6001, 6101, 6201, 6301 und 6401 nach Anlage 4 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung. Der Kostennachweis des Statistischen Bundesamtes hat im Vergleich zum Vereinbarungsjahr für das Krankenhausbudget eine zeitliche Verzögerung. Wenn im Herbst 2016 die Budgets für das Jahr 2017 zu vereinbaren sind, liegt der Kostennachweis für das Jahr 2014 vor. In den folgenden Jahren ist bei den Verhandlungen dementsprechend auf den Kostennachweis des vorvergangenen Jahres zurückzugreifen, also für das im Herbst 2017 zu vereinbarende Budget des Jahres 2018 auf den Kostennachweis für 2015.

Sofern bei einer oberhalb der Obergrenze liegenden Tarifsteigerung mit der Folge einer anteiligen Tarifrefinanzierung bereits der Landesbasisfallwert vereinbart wurde, ohne dass die anteilige Tarifrefinanzierung erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt wurde, ist nach Satz 5 der Pflegezuschlag unterjährig und begrenzt für das jeweilige Kalenderjahr nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Fallschwere des Krankenhauses, also seines Casemix-Index, zu erhöhen. Sofern die Fallzahl und die Summe der Bewertungsrelationen noch nicht vereinbart wurden, ist zur Bestimmung der durchschnittlichen Fallschwere auf die letzten vereinbarten Werte zurückzugreifen. Dabei ist der von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte Zeitpunkt für die erstmalige Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrate zu berücksichtigen. Durch die zeitlich befristete unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 können Tariflohnsteigerungen zeitnah berücksichtigt werden, ohne dass der Landesbasisfallwert für das jeweilige Jahr neu vereinbart werden muss. Diese Vorgehensweise hat sich bereits bei der Berücksichtigung von Tariflohnsteigerungen für das Jahr 2013 bewährt. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr sind dann die Mittel für die anteilige Tarifrefinanzierung erhöhend zu berücksichtigen; der Zuschlag nach § 8 Absatz 10 wird nur unterjährig und nicht dauerhaft erhöht.

Weichen die vereinbarten und die tatsächlich abgerechnete DRG-Fallzahlen voneinander ab, sind nach Satz 6 durch entsprechende Anwendung von § 5 Absatz 4 Satz 5 entstehende Mehr- oder Mindererlöse vollständig auszugleichen, um zu gewährleisten, dass die ermittelte krankenhausindividuelle Fördersumme voll ausbezahlt wird, aber auch nicht überzahlt wird. Entsprechendes gilt für Abweichungen, die bei einer nach Satz 5 erfolgenden unterjährigen Erhöhung des Pflegezuschlags zur zeitnahen anteiligen Berücksichtigung von Tarifkosten-steigerungen gegenüber einer Erhöhung des Landesbasisfallwerts entstehen.

Zudem können nach Satz 6 die an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger vom Krankenhaus auf der Grundlage von § 11 Absatz 4 Satz 3 und 4 geeignete zusätzliche Unterlagen einfordern, wenn z. B. Zweifel an der Plausibilität der an das Statistische Landesamt übermittelten Höhe der Personalkosten für Pflegepersonal des Krankenhauses und dem in der Folge in den Kostennachweis der Krankenhausstatistik eingegangenen entsprechenden Betrag bestehen.

Ferner wird nach Satz 6 durch entsprechende Anwendung von § 15 Absatz 2 u. a. gewährleistet, dass ein bisheriger Pflegezuschlag in seiner Höhe über den Jahreswechsel weiter erhoben werden kann, wenn die prospektiv zu treffende Vereinbarung für das Vereinbarungsjahr noch nicht getroffen ist.

**Zu Artikel 5 Nummer 3a – neu – (§ 3 Absatz 6 BPflV)
und Nummer 3b – neu – (§ 4 Absatz 9 BPflV)**

Analog zu der Regelung für allgemeine Krankenhäuser erfolgt mit den neu eingefügten Nummern 3a und 3b eine entsprechende Entlastung von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen, die optional das neue Entgeltsystem nach § 17d KHG anwenden. Auf Verlangen dieser Einrichtungen, werden Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen des Gesamtbetrags nach § 3 bzw. § 4 vergütet. Rechtsfolge ist, dass die Erlösausgleiche keine Anwendung finden. Das einzelne Krankenhaus kann auch schon die Herausnahme von im Jahr 2015 erbrachten entsprechenden Leistungen aus dem Budget verlangen, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen. Das Krankenhaus kann zur Verhinderung von deshalb entstehenden Mehrerlösausgleichen sein Verlangen nachträglich gegenüber den an der Budgetverhandlung beteiligten Kostenträgern äußern.

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen, die das neue Entgeltsystem nach § 17d KHG nicht anwenden, wird durch § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 n. F. eine analoge Regelung getroffen.

Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 5 Absatz 4 BPflV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 5 Absatz 3c KHEntgG).

Zu Artikel 5 Nummer 9 (§ 18 BPflV)

Zu Buchstabe a

Mit der in § 18 Absatz 1 Satz 1 neu eingefügten Nummer 4 werden zur administrativen Entlastung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, die das neue Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) nicht optional anwenden, Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen des Krankenhauses nicht im Rahmen des Budgets vergütet. Die gesetzestechnische Umsetzung für diese Einrichtungen erfolgt durch eine Maßgabe zur Anwendung von § 3 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Rechtsfolge ist, dass die Erlösausgleiche keine Anwendung finden. Das einzelne Krankenhaus kann auch schon die Herausnahme von im Jahr 2015 erbrachten entsprechenden Leistungen aus dem Budget verlangen, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen. Das Krankenhaus kann zur Verhinderung von deshalb entstehenden Mehrerlösausgleichen sein Verlangen nachträglich gegenüber den an der Budgetverhandlung beteiligten Kostenträgern äußern. Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen, die das neue Entgeltsystem nach § 17d KHG optional anwenden, wird durch § 3 Absatz 6 und § 4 Absatz 9 eine analoge Regelung getroffen. Für die allgemeinen Krankenhäuser wird die entsprechende Regelung in § 4 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vorgenommen.

Zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b

Auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden zukünftig steigende Kosten durch Tarifabschlüsse, konkret aus den durchschnittlichen Auswirkungen der vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen, anteilig von den Kostenträgern refinanziert, wenn die Tarifabschlüsse die maßgebliche Obergrenze für den Zuwachs der vereinbarten Krankenhausbudgets überschreiten. Die anteilige Tarifrefinanzierung findet unabhängig davon Anwendung, ob eine psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung optional das neue Entgeltsystem nach § 17d KHG nutzt oder nicht.

Wie bei den allgemeinen Krankenhäusern werden bezogen auf die Personalkosten 50 Prozent der Differenz zwischen dem Veränderungswert nach § 10 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG und den maßgeblichen Tarifsteigerungen finanziert. Verfahrenstechnisch vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Erhöhungsrate in Höhe des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, vgl. § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG. Das Budget, welches auch Sachkosten berücksichtigt, wird anschließend um

40 Prozent dieser Erhöhungsrate berichtigt. Die im Vergleich zu den allgemeinen Krankenhäusern höhere anteilige Erhöhungsrate ergibt sich aufgrund des höheren Personalkostenanteils im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Der Ausgleichsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums abzurechnen.

Im Zusammenhang mit der für die Zeit ab dem Jahr 2018 vorzunehmenden Prüfung der alleinigen Anwendung des vollen Orientierungswerts wird auch die Tarifklausel überprüft. Sofern dann der Orientierungswert die Obergrenze bildet, sind zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung in den Folgejahren bereits im Rahmen einer anteiligen Tarifrefinanzierung berücksichtigte Kostenentwicklungen zu bereinigen.

Zudem wird durch die Neufassung eine bisher vorgesehene Regelung gestrichen, nach der die bereits geltenden Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtungen der Krankenhäuser im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bei nicht zweckentsprechender Verwendung der Mittel für nachverhandelte Personalstellen auch auf regulär verhandelte Personalstellen auf Basis der Psychiatrie-Personalverordnung erstreckt werden sollten. Damit wird berücksichtigt, dass derzeit der Dialog zur grundsätzlichen Prüfung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und die damit im Zusammenhang stehende Diskussion um verbindliche Personalstandards und ihre Finanzierung noch nicht abgeschlossen ist.

Zu Artikel 6 Nummer 0 neu (§ 37 SGB V)

Versicherte können wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben, weil sie sich im Hinblick auf die erheblichen Auswirkungen der Behandlungen zuhause nicht selbst pflegen und versorgen können. Versicherte bedürfen in dieser Konstellation der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen dies leisten können. Diese Versorgung ist im Einzelfall nicht immer gegeben. Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege scheitert dies bisher grundsätzlich daran, dass diese nur im Zusammenhang mit medizinischer Behandlungspflege verordnet werden kann. Ähnliche Versorgungsprobleme können sich insbesondere nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung zeigen. In diesen Fällen kann dies mit erheblichen Nachwirkungen, wie z. B. einer Chemotherapie, verbunden sein.

Im Hinblick auf die bestehenden Leistungen und Leistungsvoraussetzungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung kann der Versorgungsbedarf der Betroffenen bisher nicht immer gedeckt werden. Wenn dieser Bedarf kurzfristiger Natur ist und nicht die Dauer von sechs Monaten übersteigt, haben Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 werden zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung entweder als Krankenhausvermeidungspflege nach Absatz 1 oder als Sicherungspflege nach Absatz 2 im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans erbracht. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nach geltendem Recht – wie dargelegt – nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden; bei der Behandlungspflege zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung nach Absatz 2 ist dies bisher auch nur im Rahmen bestehender Satzungsregelungen der Krankenkassen möglich.

Im Hinblick auf die genannten Versorgungsprobleme wird mit dem neuen Absatz 1a geregelt, dass Versicherte an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten. Insoweit ist ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in diesem Fall ausnahmsweise nicht erforderlich. Der Leistungsumfang entspricht der bisherigen GKV-Systematik der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch bezieht sich auf diese beiden Leistungsarten, geht folglich auch nicht über sie hinaus. Der Bedarf beruht hier auf den körperlichen Beeinträchtigungen der Versicherten wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach Krankenhausbehandlung, ambulanter Operation oder ambulanter Krankenhausbehandlung. Bedarfe im Hinblick auf kognitive Beeinträchtigungen

werden durch den erweiterten Leistungsanspruch grundsätzlich nicht erfasst. Insbesondere sind mit der Erweiterung keine Leistungsverschiebungen bezüglich der sozialen Pflegeversicherung oder der Eingliederungshilfe verbunden.

Zudem regelt Satz 2 des neuen Absatzes 1a, dass Absatz 1 Satz 4 und 5 entsprechend gilt. Folglich besteht der Anspruch nach dem neuen Absatz 1a wie die Krankenhausvermeidungspflege bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes verlängert werden.

Zu Artikel 6 Nummer 0a neu (§ 38 SGB V)

Zu Nummer 0a Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Anspruch auf Haushaltshilfe ergänzt, um Versorgungsproblemen im Falle schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit zu begegnen. Die Regelung steht damit im unmittelbaren Zusammenhang mit dem neuen § 37 Absatz 1a, der in demselben Versorgungskontext eine Anspruchsergänzung der häuslichen Krankenpflege hinsichtlich Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung vorsieht. In den insoweit relevanten Konstellationen entsteht für Menschen in der eigenen Häuslichkeit ohne Unterstützungspotentiale durch Personen in ihrem sozialen Umfeld nach einer stationären Krankenhausbehandlung oftmals eine Versorgungslücke. Hintergrund ist eine gesellschaftliche Entwicklung, in der familiäre Strukturen derartige Bedarfssituationen weit weniger als in der Vergangenheit aufzufangen vermögen. Konkret betroffen sind insbesondere Personen, die bis zum Abschluss des Genesungsprozesses häufig nicht in der Lage sind, sich zu versorgen und den Alltag zu bewältigen, entweder weil sie allein leben oder der Ehegatte oder der Lebenspartner beziehungsweise Verwandte berufstätig sind. Ein ähnliches Problem besteht auch bei Alleinerziehenden mit einer schweren Erkrankung oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, die aufgrund ihrer Erkrankung oder der Verschlimmerung nicht in der Lage sind, die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ihrer Kinder sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund wird der Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Absatz 1, der keine Kernleistung der Krankenbehandlung, sondern eine versicherungsfremde Leistung darstellt, für die genannten Konstellationen im Sinne der Versicherten moderat erweitert. Danach erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Ein besonderer Fall mit einer zeitlich erweiterten Leistung ist gegeben, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In diesem Fall verlängert sich der erweiterte Leistungsanspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen. Es wird typisierend davon ausgegangen, dass dieser Zeitraum geeignet und erforderlich ist, um den Versorgungsbedarf in diesen Fällen wirksam abzudecken (der Bundesrat hatte sich in seiner Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in diesem Fall für 52 Wochen ausgesprochen).

Zu Nummer 0a Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich letztlich um eine flankierende Folgeänderung zur Erweiterung des Leistungsanspruchs. Durch die Regelung sollen Satzungsleistungen der Krankenkassen – wie dies typischerweise der Fall ist – ins Ermessen der Krankenkassen gestellt werden. Damit wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 2012 wiederhergestellt, durch das geregelt worden war, dass die Krankenkassen Satzungsregelungen vorsehen sollen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach Absatz 1 hinausgehen. Damit sollten Fälle stärker erfasst werden, in denen Versicherte ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht weiterführen können, aber ein Anspruch nach Absatz 1 nicht gegeben ist. Im Hinblick auf die Erweiterung des Pflichtleistungsanspruchs durch die Ergänzung des Absatzes 1 ist eine Sollregelung zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nicht mehr erforderlich. Daneben bleiben ergänzende Satzungsleistungen aber grundsätzlich sinnvoll. Deshalb wird die Sat-

zungsregelung wieder in das Ermessen der Krankenkassen gestellt. Als Satzungsleistungen können die Krankenkassen über den Pflichtleistungsanspruch hinausgehende Ansprüche vorsehen, die z. B. eine längere Leistungsdauer, als in den Sätzen 3 und 4 vorgesehen, regeln.

Zu Nummer 0a Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Erweiterung des Pflichtleistungsanspruchs nach Absatz 1.

Zu Artikel 6 Nummer 0b neu (§ 39c SGB V)

In Satz 1 wird geregelt, dass Versicherte Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für eine Übergangs-zeit haben, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Regelung steht damit im unmittelbaren Zusammenhang mit dem neuen § 37 Absatz 1a und dem erweiterten § 38 Absatz 1, die in demselben Versorgungskontext stehen. Der neue § 39c ist im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine substanzielle systematische Erweiterung. Leistungsrechtlich soll er zum Tragen kommen, wenn andere Leistungsansprüche den speziellen Bedarf der Versicherten bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht im erforderlichen Maße abdecken.

Auch insoweit ist im Rahmen des neuen § 39c insbesondere zu prüfen, ob nicht durch Leistungen der Grundpflege nach dem neuen § 37 Absatz 1a ein Verbleiben in der Häuslichkeit ermöglicht werden kann. Nur wenn ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht, kommt die neue Leistung der Kurzzeitpflege als Leistung der GKV in Betracht. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch eingetreten bzw. festgestellt ist. Zudem geht es gerade in diesen Fällen darum, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Der Leistungsanspruch ist an die Kurzzeitpflege im Sinne des § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angelehnt. In Satz 2 wird geregelt, dass § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend gilt. Hiernach ist der Anspruch auf vier Wochen im Kalenderjahr beschränkt (§ 42 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Leistungsinhalte und Leistungshöhe richten sich nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Hiernach werden die pflegebedingten Aufwendungen, die Auf-wendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag von derzeit 1612 Euro übernommen (Stand 2015). Die Vorschriften zur Berücksichtigung bzw. Anrechnung der Verhinderungspflege nach § 42 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden keine Anwendung.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege bereits nach § 37 Absatz 2 besteht. In der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird bestimmt, dass für nicht pflegebedürftige Versicherte ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen bestehen kann (§ 1 Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie).

Der neue Anspruch auf Kurzzeitpflege in der GKV ist aufgrund der gesetzlich festgelegten Leistungshöhe ein Teilleistungsanspruch. Er ist insoweit dem Kurzzeitpflegeanspruch der sozialen Pflegeversicherung nachgebildet. Zudem ist es gerade bei diesem systematisch neuen Leistungsanspruch in einer veränderten gesellschaftlichen Situation zur Deckung der genannten speziellen Bedarfe sachgerecht, auch eine finanzielle Eigenverantwortung des Einzelnen zu erhalten. Ein Teilleistungscharakter findet sich in der GKV auch in anderen Bereichen, etwa bei der künstlichen Befruchtung oder beim Zahnersatz.

In Satz 3 wird bestimmt, dass die Leistung in nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Einrichtungen oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden kann. Damit werden bestehende Strukturen einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung genutzt. Daneben besteht für geeignete Einrichtungen die Möglichkeit zum Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132h – neu -. Somit können alle geeigneten Einrichtungen, auch nicht nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zugelassene, für die Er-bringung der neuen Leistung der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit in Betracht kommen.

In Satz 4 wird festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vorlegt, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf Leistungen einer Kurzzeitpflege in der GKV wiedergegeben werden. Die Evaluierung soll insbesondere im Hinblick auf die für die GKV neue Leistungsart der Kurzzeitpflege erfolgen. Sie bezieht sich insbesondere auf den Personenkreis der Versicherten, die diese neue Leistung in Anspruch nehmen, auf den Aspekt der Schnittstelle dieses Anspruchs zur Kurzzeitpflege in der sozialen Pflegeversicherung und auf die Frage der Bedarfsdeckung. Auch der Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132h soll Gegenstand der Evaluierung sein.

Zu Artikel 6 Nummer 1a neu (§ 75 SGB V)

Mit der am 23. Juli 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in Kraft getretenen Regelung des § 75 Absatz 1b Satz 2 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, den von ihnen zu organisierenden Notdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen. Anlass für diese Regelung war die Tatsache, dass in der Praxis die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zunehmend nicht innerhalb des von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes, sondern durch die Notaufnahmen von Krankenhäusern stattfindet. Die Kooperationsverpflichtung soll dazu führen, dass vorhandene Doppelstrukturen abgebaut werden. Eine Konkretisierung, auf welche Weise die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer Kooperationsverpflichtung nachkommen sollen, enthält die gesetzliche Regelung nicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben vielmehr einen weiten Gestaltungsspielraum, der insbesondere dazu dient, den regionalen Versorgungsbedürfnissen gerecht werden zu können. Durch die Soll-Regelung ist gewährleistet, dass dort, wo regionale Konzepte eine gute Versorgung bereits vorhalten, die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht aufgegeben werden müssen.

Mit der nun vorgenommenen Ergänzung des § 75 Absatz 1b Satz 2 wird die Kooperationsverpflichtung insoweit konkretisiert, als dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel entweder Notdienstpraxen (sog. Portalpraxen) in oder an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einrichten oder vorhandene Notfallambulanzen an zugelassenen Krankenhäusern unmittelbar in den Notdienst einbinden sollen. Im Falle einer solchen unmittelbaren Einbindung von Notfallambulanzen erfolgt die Kooperation über vertragliche Regelungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem zugelassenen Krankenhaus. Darin kann z.B. geregelt sein, dass der vertragsärztliche Notdienst durch die Notfallambulanzen übernommen wird, entweder durch die dort tätigen Krankenhausärzte oder in Kooperation mit Vertragsärzten.

Ist Gegenstand der Kooperationsvereinbarung der Betrieb einer (vertragsärztlichen) Notdienstpraxis, besteht die Möglichkeit, dass dort angestellte Ärzte des Krankenhauses und Vertragsärzte während der sprechstundefreien Zeiten gemeinsam einen ständig einsatzbereiten Notdienst organisieren. Dies kann zur Entlastung insbesondere der Notfallambulanzen der Krankenhäuser führen. Zudem wird der Grundsatz ambulant vor stationär gestärkt. Eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen an jedem Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt, eine Portalpraxis zu errichten, besteht nicht.

Ist an einem Krankenhaus eine Notdienstpraxis eingerichtet worden, müssen Patientinnen und Patienten, die außerhalb der Sprechstundenzeiten von sich aus das Krankenhaus aufsuchen, grundsätzlich zunächst die Notdienstpraxis in Anspruch nehmen. Dort ist dann zu entscheiden, ob die betreffende Person ggf. einer unmittelbaren stationären Behandlung im Krankenhaus oder einer weitergehenden Untersuchung im Krankenhaus bedarf oder

nach einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation auf die Weiterbehandlung im Rahmen der regulären Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Praxen verwiesen werden kann. Denn Ziel einer Behandlung im vertragsärztlichen Notdienst ist lediglich, die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Patientinnen und Patienten zu erreichen, denn der Not- und Bereitschaftsdienst ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein Surrogat einer regelmäßigen vertragsärztlichen Behandlung. Die weitergehende Versorgung ist daher in solchen Fällen im Rahmen der regulären Öffnungszeiten durch eine vertragsärztliche Praxis zu gewährleisten. Das Nähere hierzu sollte in der Kooperationsvereinbarung oder in Verträgen nach § 115 Absatz 2 Nummer 3 vereinbart werden.

Gelangen hingegen Patientinnen und Patienten über den Rettungsdienst, der in Abgrenzung zum vertragsärztlichen Notdienst insbesondere für die Notfallrettung zuständig ist, in die Notfallaufnahme des Krankenhauses, erfolgt eine sofortige Behandlung durch die in der Notfallambulanz tätigen Mitarbeiter, die dann auch zu entscheiden haben, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist oder nach der Erstversorgung im Rahmen der Notfallversorgung ggf. eine spätere Weiterbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.

Aus der im geltenden Recht bereits vorhandenen Regelung in Satz 3 ergibt sich, dass Notdienstpraxen bzw. eingebundene Notfallambulanzen der Krankenhäuser bei ihrer Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Da es sich im Übrigen auch bei der nun vorgenommenen Konkretisierung der Kooperationsverpflichtung um eine Soll-Regelung handelt, ist nach wie vor gewährleistet, dass regionale Konzepte nicht aufgegeben werden müssen und die Besonderheiten vor Ort bestimmend bleiben, soweit hiermit eine gute Versorgung sichergestellt ist.

Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 87 SGB V)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen in den §§ 135b bis 137.

Zu Doppelbuchstabe bb

Krankenhäuser nehmen häufig neben Vertragsärzten im bedeutenden Umfang an der ambulanten Notfallversorgung teil. Dies setzt für die beteiligten Leistungserbringer eine angemessene Vergütung voraus. Flankierend insbesondere zu den strukturellen Maßnahmen zur Kooperation in der ambulanten Notfallversorgung in § 75 Absatz 1b (Einrichtung von Notdienstpraxen in bzw. an Krankenhäusern oder Einbindung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den ärztlichen Bereitschaftsdienst), in § 90a (Empfehlungen des gemeinsames Landesgremiums zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung) sowie in § 115 Absatz 2 Satz 1 (dreiseitige Verträge zur Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes) bedarf es daher einer Differenzierung der Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) für die ambulante Versorgung im Notfall und im Notdienst. Diese Differenzierung des EBM erfolgt durch den um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a (vgl. auch die diesbezügliche Änderung). Um zeitnah eine angemessene Vergütung der ambulanten Notfall- und Notdienstversorgung im EBM zu gewährleisten, sind deshalb die Gebührenordnungspositionen bis spätestens zum 31. Dezember 2016 nach dem Schweregrad zu differenzieren Abgeschlossene Verträge nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 können dabei Berücksichtigung finden. Dadurch soll auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ein Teil der Versicherten im Notfall krankenhausspezifische Notfallleistungen, ein Teil fachspezifische Notfallleistungen, die jedoch nicht immer zum Zeitpunkt des Not-falls und am konkreten Ort im ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügbar sind und ein weiterer Teil der Versicherten lediglich allgemeine Notfallleistungen benötigt. Die Auswirkungen des Beschlusses insbesondere auf die Versorgung der Versicherten (z. B. Entwicklung von Leistungen im Notfall und Notdienst differenziert nach dem Ort der Leistungserbringung) sowie auf die Vergütungen sind zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen im EBM durch den ergänzten Bewertungsausschuss zu evaluieren. Über das Ergebnis ist dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten.

§ 87 Absatz 3a gilt entsprechend. Dies ermöglicht vor dem Hintergrund der Bedeutung dieses Leistungsbereichs für die Versorgung eine Beurteilung der Regelungen im Hinblick auf die Angemessenheit der Vergütung und des Vergütungssystems. Zudem soll beurteilt werden, inwieweit der Grundsatz „ambulant vor stationär" gestärkt wird.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird die Zahl der neutralen Mitglieder (unparteiischer Vorsitzender und unparteiische Mitglieder) des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses auf fünf festgelegt. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die derzeit zwei weiteren unparteiischen Mitglieder hinaus, werden nunmehr ein weiteres unparteiisches Mitglied von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ein weiteres unparteiisches Mitglied vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt.

Um eine zügige Arbeit in der neuen Besetzung für die Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung, der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinung nach § 27b und der Leistungen im Notfall und Notdienst zu ermöglichen, soll die Benennung bis spätestens zum 31. März 2016 erfolgen. Bis zur Benennung gilt die bisherige Besetzung fort.

Infolge dieser Regelungen ist die Geschäftsordnung des ergänzten Bewertungsausschusses entsprechend anzupassen.

Zu Artikel 6 Nummer 4 (§ 87a SGB V)

Folgeänderung aufgrund der kompletten Streichung des Investitionskostenabschlages durch die Aufhebung von § 120 Absatz 3 Satz 2. Die Aufsatzwerte für die Bestimmung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden demnach einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöht, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Aufhebung des bisherigen Investitionskostenabschlages nach § 120 Absatz 3 Satz 2 entspricht.

Zu Artikel 6 Nummer 4a neu (§ 87b SGB V)

Neben den Vertragsärzten nehmen auch Krankenhäuser häufig im bedeutenden Umfang an der ambulanten Notfallversorgung teil. Die Teilnahme setzt für die beteiligten Leistungserbringer eine angemessene Vergütung voraus. Um auf eine bedarfsgerechte Steuerung der Patienten durch eine Stärkung des Prinzips „ambulant vor stationär" hinzuwirken, werden strukturelle Maßnahmen zur Kooperation in der ambulanten Notfallversorgung ergriffen. Zudem werden regionale Vereinbarungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung bzw. zur Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes gestärkt. Darüber hinaus werden künftig die Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) für die ambulante Versorgung im Notfall (vgl. § 76 Absatz 1 Satz 2) und im Not-dienst nach Schweregrad differenziert (vgl. Ergänzung des § 87 Absatz 2a). Notfälle im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 liegen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dann vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Von der Regelung nicht erfasst werden Fälle der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes sowie die Fälle der stationären Notfallversorgung.

Vor diesem Hintergrund bewirkt die Regelung zeitnah eine angemessene und rechtskonforme ambulante Vergütung der Leistungen der Notfall- und Notdienstversorgung auch auf regionaler Ebene im Rahmen der Honorarverteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV). Bezogen auf den Notdienst sehen die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Absatz 4 Satz 1 bereits heute die Bestimmung eines gesonderten Grundbetrages verpflichtend für jede Kassenärztliche Vereinigung vor. Für die Vergütung der Leistungen

im Notfall sowie im Notdienst ist künftig ein eigenes Honorarvolumen vor der Trennung der MGV in ein hausärztliches und ein fachärztliches Vergütungsvolumen als sogenannter Vorwegabzug zu bilden. Im Verteilungsmaßstab dürfen zudem keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für Notfall- und Notdienstleistungen angewandt werden.

Zu Artikel 6 Nummer 4b neu (§ 90a SGB V)

§ 90a Absatz 1 sieht vor, dass nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen für den Bereich eines Landes ein gemeinsames Gremium gebildet werden kann, das aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten besteht. Ausdrücklich vorgesehen ist, dass dieses Gremium Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Mit der nun vorgesehenen Ergänzung wird klargestellt, dass sich solche Empfehlungen auch auf Maßnahmen im Zusammenhang mit einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung beziehen können. Diese Ergänzung ist insbesondere vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in § 75 Absatz 1b Satz 2 vorgesehenen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zu sehen, den vertragsärztlichen Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen. Mit dem GKV-VSG wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen zudem in § 75 Absatz 1b Satz 6 verpflichtet, mit den Rettungsleitstellen der Länder zu kooperieren.

Zu Artikel 6 Nummer 6 (§ 92 SGB V)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund von Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.

Zu Artikel 6 Nummer 8 (§ 109 SGB V)

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Die Regelung stellt sicher, dass ein unzureichendes Qualitätsniveau auch im Abschlagssystem nicht dauerhaft toleriert werden kann. Durch die inhaltliche Bezugnahme auf die zeitliche Begrenzung von Qualitätsabschlägen in § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ist nach Ablauf der Frist von höchstens drei Jahren, in der ein Krankenhaus mit Qualitätsabschlägen belegt wurde, der Abschluss eines Versorgungsvertrages ausgeschlossen. Darüber hinaus wird durch den Verweis in § 110 Absatz 1 Satz 2 erreicht, dass der Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus, das drei Jahre mit Qualitätsabschlägen belegt wurde, von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bezüglich der betroffenen Leistungen oder Leistungsbereiche zu kündigen ist.

Zu Artikel 6 Nummer 9 (§ 110 SGB V)

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Durch die Anfügung der neuen Sätze wird die bisherige Änderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung wird die Kündigung eines Versorgungsvertrags mit einem Krankenhaus durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen erleichtert. Nach den bisherigen Erfahrungen erfolgen kassenseitige Kündigungen von Versorgungsverträgen vielfach auch dann nicht, wenn ein Kündigungsgrund vorliegt, etwa weil ein Krankenhaus für die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht erforderlich ist. Zur Vereinfachung des Kündigungsverfahrens bei Vorliegen eines entsprechenden Kündigungsgrundes, ist in dem Fall, dass die für einen Kündigungsbeschluss erforderliche Mehrheit nicht zustande kommt, künftig für den Ausspruch einer kassenseitigen Kündigung nicht mehr die nach § 211a gewichtete Mehrheit der Stimmen der Vertreter der

Kassenarten erforderlich. Vielmehr reicht es aus, wenn eine oder mehrere Kassenarten, die über mindestens einem Drittel der gewichteten Stimmen verfügen, beantragen, dass der Kündigungsbeschluss durch eine unabhängige Schiedsperson gefasst wird. Entscheidet sich die Schiedsperson für eine Kündigung des Versorgungsvertrags, ersetzt diese Entscheidung den entsprechenden Beschluss der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Hierdurch kann vermieden werden, dass sich die Vertreter der Kassenarten bei der Beschlussfassung über eine Kündigung blockieren. Das Verfahren über die Bestellung der Schiedsperson und der Rechtsschutz gegen deren Entscheidung über die Kündigung entspricht den Regelungen über die Schiedsperson nach § 73b Absatz 4a.

Zu Artikel 6 Nummer 11 (§ 113 SGB V)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund von Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.

Zu Artikel 6 Nummer 11a neu (§ 115 SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird vor dem Hintergrund der jüngeren Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes klargestellt, dass in den dreiseitigen Verträgen über die Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes aufbauend und ergänzend zum einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen regional Vergütungsregelungen für Leistungen in der ambulanten Versorgung im Notfall und im Notdienst vereinbart werden können. Die Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen für die Vergütung im ambulanten Notdienst sind zukünftig vom ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a zu treffen (vgl. die Änderung zu Artikel 6 Nummer 3).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur vorgesehenen Neuregelung des ambulanten Notdienstes in § 75 Absatz 1b (vgl. die Änderung in Artikel 6 Nummer 1a). Damit die flankierenden vertraglichen Regelungen zur Organisation des ambulanten Notdienstes zeitnah in Kraft treten, werden die Vertragspartner verpflichtet, diese Regelungen inner-halb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes zu vereinbaren. Nach Ablauf dieser Frist ist der Vertragsinhalt innerhalb von sechs Wochen von der Landesschiedsstelle festzulegen. Die Vergütungsregelungen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 sind lediglich „Kann"-Bestimmungen und von der Kompetenz der Landesschiedsstelle nicht erfasst.

Zu Artikel 6 Nummer 12 (§ 115b SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch die Anfügung des Buchstaben b wird der bisherige Text zum Buchstaben a.

Zu Buchstabe b

Die durch Zeitablauf überholte Regelung wird aus Gründen der Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Artikel 6 Nummer 12a neu (§ 116b SGB V)

Mit der Aufhebung des zweiten Halbsatzes in Satz 8 entfällt – in gleicher Weise wie auch bei § 120 – der bei der Vergütung der ambulanten Leistungen, die durch öffentlich geförderte Krankenhäuser erbracht werden, zu berücksichtigende Investitionskostenabschlag. Damit wird eine finanzielle Stärkung der Krankenhäuser erreicht.

Zu Artikel 6 Nummer 12b neu (§ 117 SGB V)

Zu Buchstabe a und b

Es handelt es sich jeweils um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 120 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 3 Satz 2.

Zu Artikel 6 Nummer 13 (§ 120 SGB V)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa und bb

Unter Buchstabe a handelt es sich zum einen um eine redaktionelle Folgeänderung der Regelung zur Streichung des Investitionskostenabschlags durch Aufhebung des § 120 Absatz 3 Satz 2. Zum anderen entfällt mit der Aufhebung des Satzes 5 der bei Hochschulambulanzen an nach Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes öffentlich geförderten Krankenhäusern zu berücksichtigende Investitionskostenabschlag in Höhe von höchstens 5 Prozent. Damit wird auch bei Hochschulambulanzen aus Gründen der Gleichbehandlung eine finanzielle Stärkung infolge der Streichung des Investitionskostenabschlags wirksam.

Zu Buchstabe b

Unter Buchstabe b handelt es sich um die Aufhebung des Satzes 2, wonach bislang die Vergütung bei in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte sowie der ermächtigten Einrichtungen nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag zu kürzen ist. Infolge dessen ist auch für Notfallbehandlungen im Krankenhaus kein Investitionskostenabschlag mehr vorzunehmen. Damit wird eine sofort finanzwirksame Stärkung der Krankenhausambulanzen erreicht.

Zu Buchstabe c

Infolge des Wegfalls des Investitionskostenabschlags bei der Berechnung der Vergütung bedarf es der entsprechenden Ausnahmevorschrift, dass eine entsprechende Vergütungskürzung in den Fällen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a nicht vorzunehmen ist, nicht mehr. In Buchstabe c wird die Vorschrift in Absatz 3a Satz 2 gestrichen und eine redaktionelle Folgeänderung umgesetzt.

Zu Buchstabe d

Bei Buchstabe d handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des Satzes 2.

Zu Artikel 6 Nummer 13a neu (§ 121 SGB V)

Mit der auflösend bedingten Anordnung der Geltung stationärer Qualitätssicherungsvorgaben für belegärztliche Leistungen wird gesetzlich sichergestellt, dass diese vorerst den Vorgaben für das Krankenhaus entsprechen, dessen bereitgestellte Dienste, Einrichtungen und Ressourcen der Belegarzt in Anspruch nimmt, um Belegpatienten voll- oder teilstationär zu behandeln. Schon bisher haben die Krankenhäuser Qualitätssicherungsdaten der belegärztlichen Leistungen in der externen stationären Qualitätssicherung erfasst und wie die übrigen Krankenhausleistungen behandelt. Die Ergebnisse von Leistungen, die von Belegärzten erbracht wurden, sind folglich in die strukturierten Qualitätsberichte der einzelnen Krankenhäuser und auch in den jährlichen Qualitätsreport der Institution nach § 137a eingeflossen. An dieser Einbindung der belegärztlichen Leistungen in die stationäre Qualitätssicherung wird solange festgehalten, wie der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine gleichwertigen Maßnahmen der vertragsärztlichen oder sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen hat. Insbesondere die weitere Einbeziehung der belegärztlichen Leistungen in die externe stationäre Qualitätssicherung ist erforderlich, da ansonsten kurzfristig ein nennenswerter Anteil der Leistungen, die derzeit in die Qualitätsmessungen eingeschlossen sind, herausfallen könnte. Diese Gefahr besteht, seitdem mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bun-

desausschusses vom 19. Februar 2015 für das erste sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Koronarangiographie und der perkutanen Koronarintervention (sog. PCI) die belegärztlichen Leistungen in Orientierung an § 121 Absatz 2 dem vertragsärztlichen Organisationsbereich der Maßnahme zugeordnet wurden. Damit war auch die Einhaltung von Struktur- und Prozessanforderungen für stationäre Leistungen bei belegärztlichen Leistungen künftig in Frage gestellt, da diese regelmäßig in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus beschlossen werden. Die Geltung auch der Festlegungen zur Struktur- und Prozessqualität im Krankenhaus ist mit der Regelung nach Satz 1 ausdrücklich klargestellt.

Die Bedingung in Halbsatz 2 gewährleistet, dass die Geltungsanordnung nach Satz 1 für Vorgaben der stationären Qualitätssicherung nur bis zum Eintritt des bedingten Ereignisses, dem Inkrafttreten entsprechender Maßnahmen der sektorenübergreifenden oder vertragsärztlichen Qualitätssicherung, Anwendung findet. Ab diesem Zeitpunkt greift auch für den Bereich der Qualitätssicherung der Grundsatz des § 121 Absatz 2, nach dem Belegärzte – nicht im Krankenhaus angestellte – Vertragsärzte sind.

Satz 2 stellt anknüpfend an die Geltung stationärer Qualitätsvorgaben klar, dass die Qualitätsdaten der belegärztlichen Leistungen künftig auch bei der Bewertung des Krankenhauses mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und bei der Anwendung von qualitätsabhängigen Vergütungsbestandteilen (Qualitätszu- und –abschlägen) einbezogen werden. Die Versorgungsqualität der belegärztlichen Leistungen nimmt damit auch an der Umsetzung der neuen qualitätsorientierten Steuerungsinstrumente der stationären Versorgung teil. Auf diese Weise wird u.a. sichergestellt, dass Qualitätsanforderungen nicht durch die Organisationsform der belegärztlichen Erbringung umgangen werden können. Darüber hinaus unterstützt die Regelung die Zusammenarbeit des Krankenhauses und des Belegarztes auf dem Gebiet der Qualitätssicherung. Das Krankenhaus erhält einen Anreiz, die Qualität der belegärztlichen Leistungen im Blick zu behalten. Dies liegt im Interesse von Patientinnen und Patienten, die vielfach um die Besonderheit der belegärztlichen Leistung im Krankenhaus gar nicht wissen.

Satz 3 sieht vor, dass das Krankenhaus und der Belegarzt vertraglich regeln, welche Konsequenzen sich in ihrem Innenverhältnis aus der Einbeziehung der belegärztlichen Versorgungsqualität bei der Anwendung von qualitätsabhängigen Steuerungsinstrumenten ergeben. Sie haben danach beispielsweise zu vereinbaren, ob und in welcher Weise Qualitätszu- und -abschläge bei der Krankenhausvergütung, die (auch) durch belegärztliche Leistungen bewirkt sind, vom Krankenhaus an den Belegarzt weitergegeben werden. Auch mögliche Kündigungstatbestände insbesondere aufgrund anhaltend schlechter Qualitätsdaten – der einen wie der anderen Seite – gehören in den Regelungsinhalt der Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Belegarzt.

Zu Artikel 6 Nummer 13b neu (§ 132h SGB V)

Der neue § 132h regelt die Versorgungsverträge der Krankenkassen oder Landesverbänden der Krankenkassen mit geeigneten Einrichtungen für die Erbringung der Kurzzeitpflegeleistungen nach dem neuen § 39c. Grundsätzlich können alle geeigneten Einrichtungen für die Erbringung der neuen Leistung der Kurzzeitpflege in der GKV in Betracht kommen. Dazu gehören auch die nach dem Elften Buch zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Ziel ist, dass der neue Leistungsanspruch nach § 39c zeitnah umgesetzt und von den Versicherten genutzt werden kann. Diese GKV-Leistung wird damit vollständig über das SGB V sichergestellt. Der Abschluss der Versorgungsverträge soll auch Gegenstand der in § 39c Satz 4 vorgesehenen Evaluierung sein.

Zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 136b SGB V)

Zu Absatz 9 Satz 2

Mit der ergänzenden Regelung wird das Verhältnis der qualitätsabhängigen Vergütung zu den Folgen der Einhaltung oder Nichteinhaltung von Mindestanforderungen der Qualität nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 klargestellt. Der Verstoß gegen zwingende Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses führt nach dem geltenden Qualitäts- und Leistungsverständnis zum Wegfall des Vergütungsanspruchs (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 1. Juli 2014 – B 1 KR 15/13R). Dem trägt auch die neue Regelung in § 137 Absatz 1 SGB V

Rechnung, wonach gesetzlich vorgegeben wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen hat. Bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen der Qualität ist dabei – im Einklang mit der o. g. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – ein Vergütungsausschluss vorgesehen (vgl. § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2). Auch kann es schon nach der Zielsetzung der qualitätsorientierten Vergütung für die Einhaltung von Mindestanforderungen keine Zuschläge für außerordentlich gute Qualität geben. Daher wird die Anwendung der qualitätsabhängigen Vergütung insgesamt für Fälle ausgeschlossen, in denen es um die Einhaltung von zwingenden Qualitätsvorgaben geht.

Zu Absatz 9 Satz 3 neu und Satz 6 neu

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen, die durch die Ergänzung des Satzes 2 notwendig sind.

Zu Artikel 6 Nummer 21a neu (§ 275 Absatz 1c SGB V)

In einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) (BSG 1 KR 29/13R) hat der erkennende 1. Senat eine rechtliche Differenzierung zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausrechnung vorgenommen. Während er auf Auffälligkeitsprüfungen § 275 Absatz 1c anwendet, ist er der Auffassung, dass diese Vorschrift für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht gilt. Für Letztere gelte weder die Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 noch die Pflicht zur Entrichtung eine Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c Satz 3. Vielmehr unterlägen sie einem eigenen Prüfregime.

Infolge dieses Urteils sind zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Probleme entstanden, weil Krankenkassen sich bei Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vermehrt auf den Standpunkt stellen, es handele sich um Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, bei denen keine Aufwandspauschale zu zahlen und keine Frist zu beachten sei. Hinzu kommt, dass im Schrifttum teilweise kritisiert wird, dass es für die Trennung der beiden Prüfarten im Gesetz keine hinreichende Stütze gebe und es an Abgrenzungskriterien fehle.

Deshalb wird mit der Neuregelung des § 275 Absatz 1c Satz 4 nunmehr bestimmt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregelung des Satzes 2 und die Regelung zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung beziehen, mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Dies gilt sowohl für die vom 1. Senat des BSG angesprochenen Auffälligkeitsprüfungen als auch für die Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Mit der Voraussetzung, dass es sich um Prüfungen handeln muss, die eine Datenerhebung durch den MDK erfordern, wird auf das vom BSG entwickelte System der dreistufigen Sachverhaltsermittlung Bezug genommen. Dadurch wird in Übereinstimmung mit diesem Ansatz zum Ausdruck gebracht, dass § 275 Absatz 1c nur für Prüfungen auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung anwendbar ist. Dies ist dann der Fall, wenn der MDK den Prüfauftrag der Krankenkasse nur mit Angaben und Unterlagen des Krankenhauses erfüllen kann und deshalb eine Prüfung durchführen muss, die Außenwirkung auf das Krankenhaus hat. Durch eine derartige Prüfung entsteht dem Krankenhaus ein besonderer Aufwand, der – falls es nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kommt – durch die Pauschale zu entschädigen ist.

Die Neuregelung hat zugleich zur Folge, dass Sachverhaltsermittlungen, die eine Einsichtnahme in Unterlagen des Krankenhauses oder sonstige Datenanforderungen beim Krankenhaus erfordern, ausgeschlossen sind, wenn die Frist nach Satz 2 ungenutzt abgelaufen ist. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung oder um eine Auffälligkeitsprüfung handelt. Dadurch sollen die bereits mit den Sätzen 2 und 3 verfolgten Zwecke der Beschleunigung und Planungssicherheit gestärkt werden. Das Recht der Krankenkassen, für ihre Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen, bleibt – wie auch der 1. Senat des BSG ausdrücklich feststellt – unberührt und gilt für alle Prüfungen der Krankenhausrechnungen durch die Krankenkassen.

Zu Artikel 6 Nummer 24a neu (§ 279 Absatz 2 SGB V)

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde eine Begrenzung der Wählbarkeit von Beschäftigten der Krankenkassen auf ein Viertel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) vorgenommen. Von dieser Begrenzung sollen nicht nur direkt bei den Krankenkassen Beschäftigte, sondern auch Beschäftigte von Verbänden und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen umfasst sein. Die Ergänzung dient der Klarstellung des gesetzgeberisch Gewollten.

Zu Artikel 6 Nummer 27 (§ 299 SGB V)

Zu Buchstaben a bis c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vorgenommenen Regelungen zur Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 und 137b Absatz 1).

Zu Buchstabe e neu

Patientenbefragungen sollen künftig verstärkt als zusätzliche Informationsquelle für die Qualitätssicherung genutzt werden. Deshalb ist dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) in § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bereits ausdrücklich die Aufgabe zugewiesen, Module für Patientenbefragungen, die die vorhandenen Instrumente der Qualitätssicherung ergänzen, im Auftrag des G-BA zu entwickeln. Mit diesem Gesetzentwurf wird in § 136b Absatz 6 zudem vorgegeben, dass Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese im Auftrag des G-BA durchgeführt werden, künftig in den Qualitätsbericht des Krankenhauses aufzunehmen sind.

Im Rahmen der Anhörung zum Gesetzentwurf wurden Zweifel geäußert, ob es ohne explizite Rechtsgrundlage zulässig ist, dass Leistungserbringer oder Krankenkassen personenbezogene Daten wie Namen und Anschriften der Versicherten, die für die Versendung der Fragebögen einer Patientenbefragung benötigt werden, an eine zentrale Versendestelle übermitteln.

Der G-BA und das IQTiG, die bereits ein Konzept zur Patientenbefragung entwickelt haben, haben übereinstimmend erklärt, dass die Möglichkeit benötigt werde, die Versendung der Fragebögen durch eine unabhängige zentrale Stelle durchführen zu lassen. Begründet wird dies im Kern damit, dass eine zentrale Versendung kostengünstiger sei und mögliche Verzerrungen der Befragungsergebnisse vermieden werden müssten. Solche Verzerrungen könnten bei einer dezentralen Versendung, also einer Versendung durch die Leistungserbringer oder Krankenkassen, nicht ausgeschlossen werden. So könnten die Antworten z. B. dadurch beeinflusst sein, dass die Befragten sich von der sozialen Erwünschtheit bestimmter Antworten oder von einem Gefühl der Verpflichtung gegenüber dem Behandler leiten lassen. Darüber hinaus trägt die Abwicklung über eine externe Stelle dazu bei, eine methodisch korrekte Stichprobenziehung aus einer Patientengesamtheit zu sichern. Im Interesse einer methodischen Absicherung der Ergebnisse von Patientenbefragungen, die unmittelbar in die Qualitätsbewertung und Qualitätsentwicklung der Versorgung einfließen sollen, wird deshalb eine Rechtsgrundlage geschaffen, die die Einschaltung einer zentralen Versendestelle ermöglicht und die hierfür erforderlichen datenschutzrechtlichen Vorkehrungen regelt. Der G-BA hat nunmehr im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, ob er Patientenbefragungen auf der Grundlage des bisherigen Rechts (nach den Absätzen 1 und 1a) dezentral durch Leistungserbringer oder Krankenkassen durchführen lässt, die die Namens- und Adressdaten der Versicherten ohnehin schon kennen, oder ob er hierfür eine zentrale Versendestelle einsetzt, an die diese Daten übermittelt werden (neuer Absatz 4).

Dezentral organisierte Patientenbefragungen kommen insbesondere in Betracht, wenn es etwa um Vorklärungen für den Bedarf von Qualitätssicherungsmaßnahmen in einem Versorgungsbereich geht. In diesen Fällen kann es methodisch ausreichend und wirtschaftlich sein, die Versendung der Patientenfragebögen durch Krankenkassen

oder Leistungserbringer durchführen zu lassen und damit die Übermittlung personenbezogener Daten an eine weitere Stelle zu vermeiden.

Dagegen sind Patientenbefragungen unter Einschaltung einer zentralen Stelle geboten, wenn ihr Einsatz darauf abzielt, die Ergebnisse konkret in die Bewertung der Versorgungsqualität einzelner Leistungserbringer einzubeziehen und daran gegebenenfalls auch Konsequenzen zu knüpfen.

Absatz 4 Satz 1 sieht vor, dass der G-BA in den Richtlinien und Beschlüssen nach §§ 136 bis 136b eine zentrale Stelle bestimmen kann, die die Aufgabe der Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten und der Versendung der Fragebögen übernimmt. Sofern der G-BA von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Kriterien vorzugeben, nach denen die Auswahl zu treffen ist. Darüber hinaus hat er festzulegen, wer welche Daten an die Versendestelle zu übermitteln hat. Als Absender der Daten kommen die Leistungserbringer oder die Krankenkassen in Betracht. Um die Versendung der Fragebögen vornehmen zu können, benötigt die Versendestelle zumindest die Namen und Anschriften der betreffenden Versicherten. Dafür ist es notwendig, von der bisher für Datenverarbeitungen nach § 299 geltenden Pseudonymierungspflicht im Rahmen des Erforderlichen eine Ausnahme für die Versendestelle zuzulassen. Darüber hinaus muss die Versendestelle wissen, welche Versicherten für welches Qualitätssicherungsverfahren vorgesehen sind. Insofern erhält sie die für diese Zuordnung erforderlichen Informationen. Dies kann bei sog. prozedurenbezogenen Verfahren beinhalten, welche Behandlungsleistung(en) bei den ihr namentlich mitgeteilten Versicherten erbracht wurden (z. B. Herzschrittmacher-Implantation). Diese lassen zum Teil auch Rückschlüsse auf eine oder mehrere in Frage kommende Diagnosen zu.

Wenn die Versendestelle auch die Auswahl der Versicherten vornehmen soll, denen ein Fragebogen zugeschickt werden soll, und nicht nur eine Zufallsstichprobe (z. B. jeder Fünfte) gezogen, sondern eine Auswahl nach (medizinischen) Sachgesichtspunkten (z. B. nach Dringlichkeit des Eingriffs) getroffen werden soll, muss sie auch Kenntnis von denjenigen Informationen erlangen, die ihr ermöglichen, das Vorliegen der vom G-BA vorgegebenen Auswahlkriterien zu prüfen. Da die Auswahlkriterien unmittelbar Auswirkung auf Art und Umfang der zu übermittelnden Daten haben und der Versendestelle gegebenenfalls zusätzliche, medizinische Informationen über die Versicherten vermitteln, hat der G-BA bei der Festlegung der Auswahlkriterien auch besonders die datenschutzrechtlichen Folgen in den Blick zu nehmen. Dabei hat er insbesondere die besondere Sensibilität der Daten, die Ausnahmesituation, dass Klardaten (anstelle der sonst verwendeten pseudonymisierten Daten) verarbeitet werden und insoweit ein höheres datenschutzrechtliches Gefährdungspotenzial besteht, sowie die Funktion der Versendestelle zu berücksichtigen. Die Versendestelle soll die Leistungserbringer und Krankenkassen entlasten und in Abgrenzung zur Auswertungsstelle keine Aufgaben wahrnehmen, die medizinische Beurteilungen erfordern. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sollen in Fällen, in denen eine Zufallsstichprobe nicht ausreicht, eine Kenntnisnahme von medizinischen Informationen durch die Versendestelle auf das unbedingt erforderliche Maß begrenzt und nur ein oder nur wenige, klar voneinander abgrenzbare medizinische Kriterien für die Stichprobenziehung vorgegeben werden. Im Hinblick auf die datenschutzrechtliche Relevanz sollten die tragenden Gründe der Richtlinien oder Beschlüsse erkennen lassen, dass und in welcher Weise sich mit den datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten auseinandergesetzt und eine Güterabwägung vorgenommen wurde.

Darüber hinaus hat der G-BA auch zu entscheiden und in den Richtlinien und Beschlüssen festzulegen, welche personen- oder einrichtungsbezogenen Daten oder Kennzeichen der Leistungserbringer an die Versendestelle zu übermitteln sind. So hat er festzulegen, ob und gegebenenfalls nach welchem Verfahren eine Pseudonymisierung der leistungserbringer-identifizierenden Daten zu erfolgen hat, z.B. um in der Auswertungsstelle eine Zusammenführung der Daten aller von einem Leistungserbringer behandelten Personen anhand eines Leistungserbringerpseudonyms zu ermöglichen.

Um sicherzustellen, dass die Versendestelle keine Kenntnis von den sensiblen Daten aus den ausgefüllten Fragebögen der Versicherten erhält, wird in Satz 4 explizit vorgegeben, dass der Rücklauf der Antworten nicht über die Versendestelle erfolgen darf.

Ebenfalls zur Sicherung des Datenschutzes wird in Satz 5 geregelt, dass die Versendestelle von den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Verbänden, der Vertrauensstelle nach § 299 Abs. 2 Satz 1 SGB V, dem Institut nach § 137a SGB V und sonstigen vom G-BA in einer Richtlinie oder einem Beschluss festgelegten Datenempfängern räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein muss. Damit wird sichergestellt, dass die Versendestelle von anderen Stellen, denen im System der Qualitätssicherung Aufgaben zugewiesen wurden, getrennt ist und eine Aufgabenvermischung unterbleibt. Zudem gibt Satz 5 vor, dass die Versendestelle nur diejenigen Daten, die vom G-BA nach Satz 2 festgelegt und von den Leistungserbringern oder Krankenkassen nach Satz 7 übermittelt werden, erheben und verarbeiten darf. Dadurch wird eine Zusammenführung der für die Stichprobenziehung und die Versendung der Fragebögen erhaltenen Daten mit anderen Datenbeständen ausgeschlossen. Der G-BA muss sich bei der Auswahl der Stelle, der er die Aufgaben der Versendestelle übertragen will, davon vergewissern, dass diese im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit keinen Zugang zu Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten der Versicherten hat.

Die Versendestelle ist nach Satz 6 verpflichtet, die ihr übermittelten Identifikationsmerkmale der Versicherten in gleicher Weise geheim zu halten wie derjenige, von dem sie die Daten erhalten hat. Das bedeutet, dass sie die Daten, die von den Leistungserbringern oder Krankenkassen stammen, in der gleichen Art und Weise geheim zu halten hat wie die einem Berufsgeheimnis (z. B. der ärztlichen Schweigepflicht) oder einem Sozialgeheimnis unterliegenden Personen oder Stellen. Aus Sicherheitsgründen, wird der Versendestelle darüber hinaus gesetzlich untersagt, die Identifikationsmerkmale anderen Stellen oder Personen zugänglich zu machen. Sie darf diese ausschließlich dazu verwenden, den Fragebogen an die ausgewählten Versicherten zu senden.

Eine solche Zusammenführung soll weder in der Versendestelle selbst noch bei anderen Personen oder Stellen möglich sein. Damit soll unter allen Umständen vermieden werden, dass über die eng begrenzten, datenschutzrechtlich gut abgesicherten Befugnisse der Versendestelle hinaus Klarnamen oder sonstige zur Identifikation der Versicherten geeignete Merkmale in das ansonsten mit Versichertenpseudonymen arbeitende Qualitätssicherungssystem oder an sonstige Personen oder Stellen gelangen.

In Satz 7 wird für die Leistungserbringer und die Krankenkassen die datenschutzrechtliche Befugnis sowie in Bezug auf ihre Aufgabenwahrnehmung die Verpflichtung begründet, die erforderlichen Daten der Versicherten an die Versendesstelle nach Satz 1 zu übermitteln, soweit dies erforderlich und in Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA vorgesehen ist.

Die Versendestelle hat die ihr für die Stichprobenziehung und die Versendung der Fragebögen vorliegenden Daten nach Abschluss des Fragebogenversands einschließlich etwaiger Erinnerungsschreiben, spätestens jedoch sechs Monate nach Versendung der Fragebögen, zu löschen.

Zu Artikel 6 Nummer 27a neu (§ 301 SGB V)

Mit der Regelung wird die Abrechnung der ambulant erbrachten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die bisher nach den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 erfolgt ist, in den Datenträgeraustausch nach § 301 Absatz 4, der für die Abrechnung der stationär erbrachten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vorgeschrieben ist, einbezogen. Damit werden die Leistungsträger und die Leistungserbringer, die sowohl stationäre, als auch ambulante Leistungen abrechnen, entlastet, da sie nur noch die Infrastruktur für ein einheitliches Abrechnungsverfahren vorhalten und betreiben müssen.

Zu Artikel 6a neu (§ 23 Absatz 8 IfSG)

Die Laufzeit des Hygieneförderprogramms steht mit der Frist für Übergangsvorschriften in § 23 Absatz 8 Nummer 3 im Zusammenhang. Die Regelung erlaubt den Ländern, bis längstens 2016 befristete Übergangsvorschriften vorzusehen. Dem lag die gesetzgeberische Erwartung zu Grunde, dass bis Ende 2016 die erforderliche Anzahl

von Personen durch Aus-, Weiter- und Fortbildung die nötige Qualifikation erworben haben werden. Da die Qualifikation von Fachpersonal in den Ländern bislang allerdings nicht in dem erwarteten und nötigen Umfang stattgefunden hat, wird diese Frist bis 2019 verlängert.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 6.

Zu Absatz 3

Durch Absatz 3 treten die Regelungen zur administrativen Entlastung von allgemeinen Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie die Regelungen zum Pflegestellen-Förderprogramm und die Erweiterung des Hygieneförderprogramms auf den Bereich Infektiologie bereits am Tag der 3. Lesung in Kraft, damit sie bereits bei den Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 berücksichtigt werden können. Auch die Streichung der Degression bei Leistungssteigerungen von nicht mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen tritt am Tag der 3. Lesung des Gesetzes in Kraft. Damit findet die Vorgabe des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte 2016 keine Anwendung mehr.

Zu Absatz 3a neu

Durch Absatz 3a treten die Regelungen zur administrativen Entlastung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bereits am Tag nach der 3. Lesung des Gesetzes in Kraft und können damit für die Budgetverhandlungen des Jahres 2016 Anwendung finden.

Zu Absatz 6 neu

Als Zeitpunkt für das Inkrafttreten der Änderung des § 279 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird der 2. Januar 2016 festgelegt, da Gegenstand der Änderung § 279 SGB V in der am 1. Januar 2016 in Kraft tretenden Fassung des Artikels 1 Nummer 82 des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist.

Berlin, den 4. November 2015

Lothar Riebsamen	**Marina Kermer**	**Harald Weinberg**
Berichterstatter	Berichterstatterin	Berichterstatter

Dr. Harald Terpe
Berichterstatter



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333